MARIA ANTONIETTA ALIVERTI

LA PSICOSI DELL'HANDICAP

CON I CONTRIBUTI DI

CARLO BALLERIO
GIACOMO B. CONTRI

EBOOK A CURA DI MORENO MANGHI

Sommario

INTRODUZIONE 5
Capitolo 1
IL LAVORO, QUESTO SCONOSCIUTO 7
Capitolo 2
DI FRONTE ALL'HANDICAP GRAVE 9
I. *Premessa* 9
II. *La metodologia dell'intervento* 12
Sintesi dello schema di intervento 14
Capitolo 3
LA STRUTTURA DELLA COOPERATIVA 17
Capitolo 4
L'OPERATORE COME RISORSA 19
Capitolo 5
LO SCHEMA DI INTERVENTO DEL C.S.E. L'ANACONDA
SECONDO TAPPE DI ORDINE CRONOLOGICO 21
Capitolo 6
LA PRIMA DIRETTIVA D'INTERVENTO: 25
La rete di rapporti 25
I. *Perché* 25
II. *Come* 27
III. *Le tappe del rapporto* 27
IV. *Spunti per l'osservazione riguardanti la prima direttiva* 30
Sintesi per la lettura della « rete di rapporti » 31
V. *Esempi di modalità operative inerenti la prima direttiva* 32
Capitolo 7
ANAMNESI COME STORIA PERSONALE 40
SCHEMA RACCOLTA DATI ANAMNESTICI DATI
ANAGRAFICI 41
ANAMNESI PERSONALE 42
ANAMNESI FAMILIARE 43
NOTE ANAMNESTICHE 53
SULLA SITUAZIONE FAMILIARE E SOCIALE 53
Capitolo 8
LA SECONDA DIRETTIVA D'INTERVENTO: 62
I. *Una definizione* 62
II. *Aspetto organico* 62
Brevi note sul sistema nervoso 63
Cenni sulle epilessie 72

Classificazione delle forme epilettiche 73
III. *Le autosufficienze* 76
1) *Le autosufficienze di primo livello* 77
2) *Autosufficienze di secondo livello* 85
IV. *Aspetto mentale* 86
Alcune note sulla nascita psicologica 88
COME, DUNQUE, MUOVERSI? 92
INDICAZIONI PER ORIENTARSI RIGUARDO ALLA « STRUTTURA PSICHICA » DEL SOGGETTO 94
SÉ CAOTICO 94
SÉ POLARIZZATO 95
IO NASCENTE 96
IO RIGIDO 97
IO INTEGRATO 97
Esempi di modalità operative sulla II direttiva 98
a) FISIOTERAPIA 98
b) TERAPIA PSICOMOTORIA 100
c) GIOCO TERAPEUTICO 102
Capitolo 9
LA COMUNICAZIONE UMANA E IL SUO SIGNIFICATO 105
1. *Premessa* 105
II. *Aspetti generali* 106
III. *Canali comunicativi principali* 109
Dialogo tonico 111
Dialogo tonico-gestuale 113
Dialogo verbale 113
IV. *Scheda di valutazione* 118
Motricità 119
Stato sensoriale 120
Sensibilità tattile kinestesica propriocettiva 121
Capitolo 10
LA TERZA DIRETTIVA DI INTERVENTO: 122
la conoscenza del reale 122
Alcune osservazioni in merito: 122
Alcuni spunti operativi 125
Capitolo 11
I RAPPORTI TRA IL CENTRO SOCIO EDUCATIVO E IL MONDO SCOLASTICO 134
Capitolo 12
IL GIOCO: NATURA E CARATTERISTICHE 136
Natura 136

Caratteristiche 137
Osservazioni 138
Capitolo 13
LA QUARTA DIRETTIVA DI INTERVENTO: 140
la manipolazione del reale e l'educazione al lavoro 140
I. *Premessa* 140
II. *Valutazione preliminare per la IV direttiva* 141
III. *La terapia occupazionale* 143
IV. *Brevi note sulle attività di hobby* 145
V. *Note conclusive sul lavoro* 146
Capitolo 14
L'OSSERVAZIONE 148
SCHEMA INDICATIVO DI OSSERVAZIONE 153
SCHEMA TEMPI DI OSSERVAZIONE 156
SCHEMA SINTESI OSSERVAZIONE 157
Capitolo 15
LA DIAGNOSI: DESCRITTIVA O FUNZIONALE? 159
Capitolo 16
LA CARTELLA PERSONALE DEL SOGGETTO 162
DUE INTERVENTI 164
Carlo Ballerio
E L'ISTITUZIONE? 165
Giacomo B. Contri
IDOLI 169
1. *Malattia psichica/handicap* 173
2. *Psicologi* 174
3. *Competenza/professione* 175
4. *Ingenuità/innocenza* 176

Nota dell'Autore (maggio 2004) 180

INTRODUZIONE

Sono una pediatra, divenuta poi neuropsichiatra non per addizionarmi una specialità ma per un nuovo fine, apertosi a seguito un incontro. Ora mi ritrovo anche a essere dirigente d'azienda.

Nel 1977, l'incontro con un gruppo di ragazzi pluriminorati: con, d'un lato, un senso di impotenza, dall'altro, la certezza drammatica che « Dio non ha creato la morte e non gode della rovina dei viventi » (*Sap.* 1,13) offertami dall'esperienza, cristiana, cui appartengo.

Dopo qualche anno, nel 1980, l'idea di attivare insieme ad alcuni amici, sotto lo sguardo incredulo di altri, un ambito di convivenza e riabilitazione per le persone incontrate: nasce a Varese la Cooperativa « L'Anaconda », volto giuridico di un'amicizia al lavoro. Come primo servizio apriamo un Centro Socioeducativo (sono definite così, in Lombardia, le strutture che accolgono persone con handicap grave).

Iniziano a frequentarlo dieci ragazzi, mentre ciascuno di noi approfondisce le sue conoscenze in campi diversi: chi in ambito amministrativo, chi in ambito pedagogico, chi in ambito paramedico e io, lo accennavo, in neuropsichiatria. Ci troviamo a fianco via via le persone più diverse, pronte a mettere a disposizione risorse insospettate, in una integrazione immediata tra sociale e sanitario, tecnico e non tecnico, creatività singolare e solidarietà fattiva di gruppi, uno dei quali diventa dall'83 l'Associazione Amici: ente autonomo, ci assicura un indispensabile sostegno finanziario.

La vita della Cooperativa diventa una presenza stabile e quotidiana per i ragazzi, accanto alle famiglie senza sostituirle; nel Centro si individua il gruppo che costituisce l'équipe, chi si assume le funzioni di segreteria, chi si rende disponibile per i servizi collaterali (mensa, trasporti, pulizie). Nella prima impostazione metodologica, che tien conto di quattro aspetti ritenuti fondamentali (costruzione di una rete amicale; lavoro per la salute, per l'autosufficienza e l'autonomia di ognuno; ampliamento delle possibilità cognitive; educazione al lavoro), si precisano modalità di «osservazione della situazione», di «presa in carico», di programmazione

dell'intervento: sei ore la settimana sono dedicate alla discussione e all'approfondimento dei temi. Ogni parola apre a piste di ricerca e sperimentazione diverse, mentre parallelamente aumenta la domanda di chi ha bisogno. Lavorando emerge poco a poco in termini più chiari e operativi come convenga trattare con la persona per curare la malattia, che la salute è più della risoluzione degli aspetti patologici; impariamo inoltre a distinguere, di fronte a ogni situazione, l'ideale, il possibile, l'indispensabile, l'impossibile, così come ad accogliere in modo diversificato in base alle esigenze: c'è chi è seguito a tempo pieno (diurno), chi a tempo parziale (ad esempio parallelamente alla scuola, con cui si avviano programmi concordati), chi per le attività ambulatoriali, chi in attività per il tempo libero, chi si trovi in situazioni d'urgenza notturna o festiva.

Attualmente sono seguiti cinquanta tra bambini, adolescenti, adulti. Abbiamo purtroppo una lista d'attesa. In questi ultimi anni la nostra esperienza è stata presa ad esempio da altri amici sparsi per la Penisola, sono nate così nuove Cooperative: « Grazie alla vita » a Trento, « L'Arca » a Arezzo, « Centro Emmanuel » a Carpi, «Centro Alecrím» a Maranello, « Cooperativa Incontro » a Firenze. All'Anaconda abbiamo preso in gestione un altro Centro Socioeducativo dell'U.S.S.L. di Varese con cui siamo convenzionati, abbiamo avviato un servizio di Assistenza Domiciliare e stiamo ristrutturando un'ala dello stabile che occupiamo attualmente, di tre piani, per farne un Centro residenziale.

Dallo stupore per questo tipo di esperienza e sviluppo è nata l'idea del libro: esso contiene riflessioni sistematizzate, spunti da analizzare, domande aperte. È dedicato agli amici con cui ho cominciato, ai tanti che si sono aggiunti, a coloro cui la speranza sembra essere preclusa. Occorrono, come si dice tra noi con Kafka, miracoli non istruzioni per l'uso.

Maria Antonietta Aliverti

Capitolo 1

IL LAVORO, QUESTO SCONOSCIUTO

Ciò che ha reso possibile la nascita della Cooperativa « L'Anaconda e ciò che ne garantisce lo sviluppo è un soggetto caratterizzato da una concezione realistica di tre termini fondamentali, ancorché apparentemente consueti: persona, bisogno, lavoro.

Alcune osservazioni in merito. 1) La cooperativa è nata e si è sviluppata sulla libera decisione di *persone:* nell'esperienza cristiana la persona è « il punto di riscossa » dell'intera società, « particella sprovveduta e disarmata », eppure dotata di consapevolezza e di libertà. E su questo fatto che, giorno dopo giorno, può nascere e di fatto è nato il nuovo, l'imprevisto. Certo occorre avere chiaro che lo stesso termine « persona » può essere, e di fatto è, utilizzato con contenuti molto diversi: il significato latino, ad esempio, è « maschera », e nella nostra società spesso capita di vederlo realizzato: succede quando ci si nasconde dietro il ruolo, la competenza in un certo ambito, un interesse particolare, o una « normalità » stanca e passiva che tradisce ciò di cui ciascuno è fatto. 2) In un certo senso, tutto si gioca sul primo termine: infatti anche la definizione di « *bisogno* » ne discende: qual è, infatti, il bisogno?

Da qualche anno andiamo ripetendo «più società meno stato», ma in realtà, come acutamente nota Marco Martini (docente di statistica economica all'Università degli studi di Milano), l'alternativa vera non è tra società e stato, ma tra stato e mercato. In tale contesto « i bisogni delle persone, nella cui soddisfazione consiste il benessere, sono definiti, sono inscritti come i loro cromosomi, nel genotipo umano: i bisogni dell'uomo sono come quello delle api; come l'alveare funziona per soddisfare il bisogno delle api, così la macchina sociale funziona, se funziona, per soddisfare i bisogni dell'uomo ». In sostanza il bisogno avrebbe contorni precisi, individuabili e un meccanismo impersonale, garantito da ruoli, sarebbe in grado di rispondervi.

L'esperienza di chi all'Anaconda lavora e di chi in essa viene accolto e seguito è clamorosa smentita di un modo di vedere di

questo tipo. Il bisogno umano emerge, paradossalmente, di fronte a possibili risposte: abbiamo potuto verificare su di noi stessi, infatti, quale fosse il livello del nostro bisogno, a fronte di un incontro, di un fatto imprevisto accadutoci. Ugualmente, i bisogni dell'utenza sono individuati di anno in anno, sullo sfondo di quella domanda fondamentale di senso che è strutturale all'uomo e che esige che si affermi, anche nella situazione dell'handicap, la persona, e non una semplice « maschera ». Andiamo scoprendo di anno in anno quali risvolti concreti e operativi abbia una tale lettura. 3) E allora, che vuol dire lavorare? Siamo continuamente richiamati, per dono gratuito, a capire che *il lavoro* non è « un posto in cambio di uno stipendio » e che « raggiungere il posto di lavoro non vuol dire smettere di lavorare », come purtroppo potrebbe accadere, nel nostro come in ogni altro ambito. Il lavoro è a sua volta un bisogno, e fa parte dei desideri costitutivi della persona. La cosa fondamentale, per quel che ci riguarda, è che abbia un senso adeguato, che ne valga la pena: ciascuno di noi lavora, come del resto, vive gli altri momenti della propria vita, teso alla realizzazione di sé, nel contesto dei rapporti con gli altri, scoprendo via via cosa questo significhi. In particolare, possiamo dire che lavorare per noi significa attuare una continua approssimazione: consiste, riprendiamo Martini « nel dare forma al dato che è un insieme di bisogni indefiniti e una serie di possibilità limitate suscettibili di essere combinate in modo sempre nuovo...

... La risorsa umana che oggi tutti riconoscono come centrale è rara e scarsa, perché è difficile trovare uomini capaci di ascoltare e capire il bisogno dell'altro, di assumerselo responsabilmente, e di dialogare instancabilmente. Queste tre caratteristiche antropologiche non sono prodotte da alcun meccanismo ».

Ciò che (nel prepararci ad approfondire nuovi e più significativi impegni) ci interessa è, in sintesi, questo: la possibilità di costruire luoghi dove un tipo di avventura umana di questo genere possa vivere e svilupparsi per il bene di ciascuno e di tutti. E già evidente infatti nella nostra e nella storia di tanti amici della Compagnia delle Opere, che lavorare così risponde ai noti criteri di efficacia e efficienza molto meglio di tanti apparati burocratici.

Capitolo 2

DI FRONTE ALL'HANDICAP GRAVE

I. *Premessa*

Chi è la persona con handicap grave? Nella risposta a questa domanda, che a tutta prima appare obsoleta, sta il punto fondamentale da cui si sviluppa la esperienza delle nostre Cooperative. Infatti: sul tema dell'handicap è in atto almeno da alcuni decenni un dibattito vivissimo che ha portato, almeno in parte e, forse soprattutto nelle dichiarazioni, a reimpostare il lavoro dell'assistenza superando, ad esempio, l'attenzione ossessiva al deficit in favore di una visione più globale della persona, o riaffermando l'opportunità di tener presenti i due parametri — medico e sociale — inscindibili sul piano riabilitativo, oppure ancora creando strutture — quali i Centri Socio-Educativi — più piccole e agili, legate al territorio di appartenenza dell'utenza — in alternativa alle grosse istituzioni.

E tuttavia c'è — inutile e demagogico negarlo — un rischio in atto: quello di considerare valido quanto accennato sopra per i vari gradi e tipi di handicap, fatta eccezione per la problematica connessa alla gravità: « I gravi — si dice — sono una categoria particola-re, meritevole di interventi eccezionali ».

Le varie agenzie educative e, spesso, anche sanitarie, dichiarano la propria incapacità ad affrontare tale complesso problema e, di fatto, riemerge sottilmente da un lato la logica fatalista ed emarginante che tempo addietro connotava l'atteggiamento nei confronti di tutti i « diversi », dall'altro la negazione della diversità come visione ideologica e preconcetta per poter affermare i propri diritti, che paiono indissolubilmente connessi con il celare la malattia.

Così il tema della gravità — espresso dall'esperienza di migliaia di persone — sta, come sfida, davanti alla concezione e alla pratica della medicina, della assistenza, dell'educazione, della vita sociale e politica.

Così noi l'abbiamo letto e accolto, rigiudicando e verificando — a contatto quotidiano con la vita di persona così segnate — tut-

to il nostro lavoro. E ne sono venute fuori, a distanza di dieci anni dall'inizio, alcune certezze.

Così noi l'abbiamo letto e accolto, rigiudicando e verificando — a contatto quotidiano con la vita di persona così segnate — tutto il nostro lavoro. E ne sono venute fuori, a distanza di dieci anni dall'inizio, alcune certezze.

1) L'handicap grave non costituisce un problema a sé, ma è l'aspetto emergente della problematica generale e riguarda, prima che la politica, l'economia o la sanità, qualcosa che sta a monte di queste e che si chiama cultura.

2) Una cultura adeguata rende capaci di leggere il bisogno secondo tre dimensioni interagenti tra loro:

a) la persona come globalità;
b) i suoi rapporti con il mondo (persone e cose);
c) il suo divenire storico.

3) Per questo non sono sufficienti interventi, magari ultraspecialistici, ma rigidamente settoriali (e non serve a riincollare i pezzi alcuna riunione rituale in cui non sono esplicitati né presupposti né obiettivi); allora non tessere con la persona handicappata rapporti significativi è perpetuare una logica emarginante; allora negarle un futuro, o scotomizzarlo perché « tanto, non è di nostra competenza » è irresponsabilità.

4) Centro Socio-Educativo, almeno come tentativo, significa luogo di rapporti, perno, accanto alla famiglia, da cui partono a cerchi concentrici amicizie e relazioni significative con il proprio con-testo sociale; significa luogo in cui attuare una strategia riabilitativa complessa e rispettosa dei tempi di ciascuno; ma significa anche non trasformare ogni attività della vita quotidiana — il gioco, ad esempio, come il movimento, come l'andare in piscina — in tecnica come la ludoterapia, la fisioterapia, l'idroterapia: ogni gesto della vita di tutti i giorni, per

persone così, è educativo, perché coscientemente finalizzato, e momenti di questo genere vanno mantenuti — e incrementati anche in famiglia — da una presenza attiva e consapevole.

5) Centro Socio-Educativo, dunque, anche come ambito di integrazione immediata — fondata sul mettersi in gioco di ogni operatore rispetto ad obiettivi espliciti e condivisi — tra il sociale e il sanitario, tra il tecnico e il non-tecnico; luogo di valorizzazione di ogni risorsa, in un lavoro per la salute che costruisce anche professionalità nuove.

Tutto ciò riguarda alcuni punti nodali del problema handicap, quali la tipologia e la distribuzione dei servizi, la formazione del personale, l'utilizzo delle risorse secondo efficacia ed efficienza, ma evidenzia innanzitutto una esigenza fondamentale: il lavoro nel campo dell'assistenza sanitaria — come, per altro, in ogni ambito — richiede la presenza di un soggetto: il fattore umano è la prima, ineliminabile risorsa delle nostre opere. Parlare di « fattore umano » significa affermare che gli operatori sono l'elemento principale, a cui è richiesta una struttura personale adeguata e una competenza specifica: l'una, e l'altra, si costruiscono nel tempo, purché ciascuno sappia mettersi in gioco senza schemi preconcetti e chiusure a priori. Ciò è sicuramente la sfida più evidente che quotidianamente abbiamo di fronte e che, occorre dirlo con chiarezza, molti preferiscono evitare.

Infatti: affermazioni come « non sono capace perché mi fanno pena », « non ho la competenza », «deve pensarci lo Stato», o all'inverso « bisogna pure far qualcosa », « l'handicap grave è un portato della società », « siamo tutti uguali », rivelano di fatto una serie di difese psicologiche per evitare di incontrare la realtà così com'è, e di rispondere nell'unico modo adeguato: « I care », « mi interessa », perché ogni altra risposta preclude la possibilità di «fare esperienza», cioè di rischiare un giudizio nei fatti.

La persona con handicap, come mille altre situazioni, è un fatto, di fronte a cui si prende posizione.

Le nostre opere sono nate e si sviluppano su questa base, e sono esperienza quotidiana di adulti che accettano il paragone con altre

esperienze.

II. *La metodologia dell'intervento*

Conoscere, nel mondo scientifico odierno, significa « oggettivare », ossia rinchiudere in uno schema ideologico la parte di realtà che vi può rientrare, ed escludere il resto. L'intervento diventa così sempre più specializzato per settori, senza la possibilità di un momento sintetico, che, unico, definisce la persona nella sua totalità: griglie psicologiche, sociologiche, sanitarie, pedagogiche si sovrappongono le une alle altre, in una torre di Babele (niente di nuovo nella storia, come si vede) caratterizzata dall'incomunicabilità.

Per una esperienza donata, come quella della fede cattolica, siamo potuti partire da un'ottica diversa: « il principio della competenza non è la specializzazione, ma il giudizio che non conosce gradi » (G. Contri): da qui è nata la novità che ci caratterizza.

Secondo Freud la caratteristica del bambino è di non aver bisogno di nulla per essere felice di esserci. L'uomo inizia la sua esperienza come auto-soddisfazione (v. vita pre-natale), ma alla nascita emerge l'esperienza del bisogno (= mancanza): diventa evidente che non di autosoddisfazione si trattava, ma di soddisfazione in rapporto ad un altro (la madre).

L'esperienza fisiologica di ciascuno è una spia fondamentale per capire che l'uomo non si possiede. Ma l'ideologia oggi dominante nega all'origine questa evidenza, si ferma alla superficie e reagisce pensando di poter ridare una identità all'uomo soddisfacendone i bisogni. La tecnica diventa strumento per sistemare i bisogni, e così creare un'organizzazione finita, chiusa, prevedibile, controllata. È un'illusione: non si può ridurre la qualità dell'esperienza alla quantità del bisogno, e tale qualità è espressa dal dinamismo del desiderio, che indica come lo sguardo dell'uomo sulla realtà (sua, degli altri, del mondo) sia illimitato.

Sofismi? No, esperienza comune a tutti, identificabile nella sproporzione tra il « qui ed ora » e l'illimitata capacità di pensare e di amare. Nel nostro lavoro abbiamo tenuto presente che è realistico ed utile dare risposte particolari solo riconoscendo la do-

manda globale sottesa al bisogno: in caso contrario, la violenza insita in ogni posizione ideologica riemerge ineluttabilmente, generando i guasti cui sopra accennavamo e che, nel campo in cui operiamo, rendono tuttora drammatica la situazione.

È possibile, letteralmente, « ridurre alla ragione », le tecniche, riscoprendone tutto il valore. Si tratta di collocarle dentro un'esperienza di accoglienza elementare dell'uomo, che riconosce nei fatti il suo essere domanda di rapporto. Così all'inizio del nostro inter-vento, e come tessuto stabile dello stesso, sta l'accoglienza e la costruzione di una rete di rapporti.

Alcune osservazioni su quello che definiamo « rapporto educativo »:

— non è la « relazione terapeutica », che può contenere se necessaria;
— nasce dall'incontro, e non si identifica con una prestazione;
— riguarda non « il fare », ma « l'essere con l'altro »;
— i rapporti non sono tutti uguali. Ve ne sono, ad esempio, di costitutivi e di accessori;
— vive nel quotidiano, esteso alle persone e alla realtà, e del quotidiano è fattore di novità;
— è dato gratuitamente (nessuno vive e cresce se non dentro un rapporto, anche senza riconoscerlo),
— oltrepassa la tecnica, non ne esistono specialisti;
— è ciò che fa, di ogni ambito, un ambiente a misura d'uomo, in quanto abitato da una presenza.

Su questa base si avvia e si sviluppa l'intervento educativo/riabilitativo. Educare, inoltre, significa aiutare l'altro ad attuare tutte le dimensioni della persona e a realizzare tutti i rapporti con la realtà: in termini sintetici, proporre una vita.

L'intervento riabilitativo è contenuto in questo quadro, come_ attività tesa a sviluppare tutte le potenzialità motorie, intellettive, relazionali: si tratta di riabilitare a vivere, senza negare la complessità di questa parola.

L'intervento è rivolto a persone che incontriamo: la rilevazione del bisogno avviene secondo questa modalità, evitando l'annosa questione dei « censimenti » su cui si blocca tanta possibilità di risposta. Si tratta di leggere il bisogno, espresso e non, esistente in,

un certo territorio.

Sintesi dello schema di intervento

a) Incontro:
– non programmato né voluto. E un dato di realtà; l'esito può essere o il rinvio ad altra risposta (verificata), o la presa in carico, con cui si avvia il rapporto.

b) Rapporto educativo:
si sviluppa secondo i seguenti passi:

- b 1) Anamnesi: primo passo della presa in carico. Il termine viene dalla medicina, ed equivale a « storia » della persona. Si tratta di raccogliere i dati nel modo più completo possibile, evitando di limitarsi a settori specifici, che pure vanno conosciuti (ad es.: organico, psicologico, socio-culturale, didattico, ecc.).
- b 2) Osservazione della situazione. Essa si snoda tenendo presenti tre dimensioni fondamentali della persona, intera-genti tra loro:

– la sua globalità;
– i suoi rapporti;
– il suo divenire storico;

lungo quattro itinerari generali, ma non generici:
a) la rete dei rapporti;
b) lo stato di salute (organico e psicologico);
c) il livello di conoscenza del reale;
d) l'attitudine alla manipolazione della realtà in termini produttivi.

- b3) Formulazione di una diagnosi iniziale, modificabile nel corso dell'intervento. La diagnosi è « un progetto integrato, risultato di fattori biologici, psicologici, sociologi, riferito alla globalità della persona, formulata in funzione terapeutica ».
- b4) Programmazione dell'intervento. Consiste nella defi-

nizione degli obiettivi da raggiungere, delle attività da porre in atto, dell'orario di frequenza utile, degli ambiti in cui svolgere tale frequenza, in ordine alle quattro direttive fondamentali.

In particolare, ad esempio:

Rapporti:

- educatore di riferimento;
- famiglia;
- volontari giovani;
- volontari adulti;
- amici.

Salute: aspetti organici:

- rapporto medico curante;
- check-up annuale;
- farmacoterapia;
- igiene / diete;
- posture / mobilizzazione;
- fisiokinesiterapia;
- piscina;
- altro...

Salute: aspetti psichici:

- terapie d'ambiente;
- psicoterapie dinamiche;
- terapie direttive;
- altro...

Conoscenza:

- riabilitazione presupposti funzionali;
- apprendimento di contenuti nuovi;
- altro...

Lavoro: (acquisizione dei pre-requisiti)

– terapia occupazionale;
– hobbistica
– artigianato;
– altro...

Il Centro socio educativo diventa:

a) punta emergente di un tessuto sociale diverso, più vero;
b) organismo dinamico, non struttura rigida;
c) ambito educativo e di ricerca.

Capitolo 3

LA STRUTTURA DELLA COOPERATIVA

Accanto al Consiglio di Amministrazione e alla Direzione generale esiste nell'Opera una presenza essenziale per il lavoro educativo e riabilitativo con i ragazzi: è il gruppo degli operatori.

« Operatore » ne « L'Anaconda » è definito — usando il termine in modo estensivo — chiunque operi concretamente a fianco dei ragazzi, per un numero rilevante di ore settimanali. Operatore è, in sintesi, chi effettua l'intervento e la figura fondamentale, da questo punto di vista, è l'Educatore specializzato. Altre figure importanti sono la Fisioterapista e la Terapista Occupazionale, lo Psicomotricista, i Pedagogisti, gli Psicologi, ma mentre per tutte queste esiste un quadro di riferimento abbastanza chiaro, per la figura dell'educatore — a riprova di quanto sia in crisi nella nostra società lo stesso significato della parola «educatore» — non esiste nulla di simile. Per ora e, per quello che ci riguarda — possiamo dire che il diploma minimo per svolgere la funzione di educatore è quello di scuola media superiore; titolo preferenziale sono l'età compresa fra i 20 e i 35 anni, ed eventuali ulteriori diplomi valutabili a discrezione della Direzione. Al di là di queste precisazioni ciò che costituisce l'educatore de « L'Anaconda » sono due caratteristiche fondamentali:

a) una personalità matura, equilibrata ed elastica, capace di muoversi, in modo sistematico, per obiettivi, all'interno di un lavoro di gruppo.
b) una padronanza della metodologia, lungo le quattro principali direttive che caratterizzano l'intervento: (1. costruzione di una rete di rapporti; 2. lavoro per la salute, sul piano organico e su quello psicologico; 3. avvio e sviluppo delle capacità cognitive; 4. avvio e sviluppo delle attività lavorative).

La padronanza richiesta è capacità di*:*

1) porsi come « contenimento », « filtro », « ponte » nei confronti dei ragazzi;
2) svolgere un'osservazione della situazione, di stabilire successivamente un programma di intervento comprendente obiettivi prioritari lungo ognuna delle direttive, percorsi operativi per raggiungerli, verifiche periodiche del lavoro svolto.

Tutto ciò esige che si maturi una competenza sempre maggiore sui vari aspetti particolari, ma anche che si sappia condurre a sintesi non forzata gli eventi, tesi a un benessere globale del ragazzo e, in subordine, della famiglia.

Tale capacità si ottiene attraverso un training di almeno un anno nei servizi gestiti della Cooperativa (i Centri socio educativi e 1'assistenza domiciliare); ciò determina il fatto che la struttura abbia anche la peculiarità di un centro di formazione permanente per I questo tipo di figura professionale.

Capitolo 4

L'OPERATORE COME RISORSA

Ricordiamo: « Il principio della competenza non è la specializzazione, ma il giudizio che non conosce gradi » (G. Contri). Condividendo totalmente quest'ottica, affermiamo che la prima, e principale, caratteristica del nostro lavoro, è il *RAPPORTO* che si instaura tra operatore e ragazzo, presenze di pari dignità e peso diverso. Si tratta dì « rapporto educativo », fondato sul riconoscere in sé e nell'altro cinque caratteristiche strutturali della persona:

a) la sua unità;
b). la sua unicità;
c) il suo essere in divenire;
d) il suo bisogno come esperienza particolare, spia di una domanda costitutiva di realizzazione di sé;
e) i suoi rapporti e la rete sociale come elementi costitutivi del suo vivere.

Tale riconoscimento ha conseguenze operative importanti quali, ad esempio:

1) il soggetto portatore d'handicap vive in un contesto di rapporti comunque significativi, e ciò non può essere ignorato o censurato.
2) l'operatore, a sua volta, vive il proprIo lavoro accanto ad altri operatori, a figure di riferimento, nel contesto del Centro: tutto ciò è possibilità costante di confronto, di scambio, di collaborazione e di sostegno.
3) il primo intervento è quindi un ascolto, una conoscenza approfondita e protratta nel tempo, della situazione — non quindi, del solo ragazzo, visto più o meno frettolosamente in un contesto a lui sconosciuto, o sottoposto unicamente a prove sulla base di uno schema fissato a priori —: l'avvio del rapporto avviene attraverso un, INCONTRO E IL CONDIVIDERE molti gesti della vita quotidiana, ivi

compresi quelli che, più avanti, definiremo come « autosufficienze di base ».

Tutto ciò comporta di conseguenza che si dia al ragazzo un primo quadro di riferimento, come fattore di « contenimento » e di sicurezza: spazi e tempi fissati con ordine, con l'operatore a totale disposizione del soggetto; con questa figura, che diventa la più importante, inizia la conoscenza degli altri, presenti nel Centro, e del-la struttura logistica, Il luogo ospitale è, in questa fase e per lungo tempo successivo, il rapporto stesso tra le due persone: l'educatore, che si gioca consapevolmente come PRESENZA, PAROLA E GESTO, il ragazzo, che porta capacità e limiti, risorse e sofferenza. In tale rapporto la comunicazione, verbale e non, come contenuti e come modalità, è di importanza fondamentale.

Capitolo 5

LO SCHEMA DI INTERVENTO DEL C.S.E. L'ANACONDA SECONDO TAPPE DI ORDINE CRONOLOGICO

1) Segnalazione:
   – Famiglia
   – Comune di residenza (Servizio Sociale)
   – Ente/Istituzione

2) Inserimento del ragazzo nella lista di attesa secondo la diagnosi esplicitata nella segnalazione.

3) Incontro della famiglia (genitori) con la direzione:
   colloquio informativo all'interno del quale la famiglia fornisce una prima anamnesi informale, descrivendo la situazione problematica che vive, quelle a cui non sa rispondere e di conseguenza le proprie aspettative nei confronti del Centro.
4) Incontro dei tecnici specialisti del Centro con il ragazzo teso a una prima ipotesi diagnostica complessiva che verifichi la diagnosi segnalata e che permetta la formulazione di un check-up in base a direttive proprie del Centro:
   – modelli e canali usati nel rapporto
   – rapporti familiari
   – assenza o presenza dell'Io
   – sviluppo relazionale
   – percezione e organizzazione del reale
   – manipolazione del reale (1°-2°-3° livello)

5) Formulazione di una diagnosi iniziale intesa come:
   5.1) Progetto integrato, risultato di fattori biologici, psicologici, sociali, riferito ad una visione unitaria della persona.
   5.2) Funzionale alla terapia
   5.3) Processo dinamico in cui la terapia è al servizio di essa quale fonte dì informazione e di verifica.

6) Presa in carico o rinvio ad altra risposta (indicata)

6.1) Presa in carico parziale: l'intervento è non totalmente carico del Centro e occorre chiarire chi sia il referente ultimo, le competenze e le responsabilità, al fine di garantire adeguate metodologie, contenuti e risposte.

In questo caso si prevede un'iniziale valutazione limita all'area di intervento richiesta e in seguito un programma di lavoro stabilito e gestito dall'educatore (con supervisione del responsabile del Centro).

6.2) Presa in carico totale: l'intervento è affidato alla responsabilità di due educatori che:

6.2.1) all'interno di un incontro con la famiglia raccolgono i dati anamnestici (anagrafici, familiari, personali e ambientali).

6.2.2) stabiliscono gli obiettivi e i tempi di intervento secondo un programma di lavoro che comprende le quattro direttive operative (trama di rapporti, salute psicofísica, aspetti cognitivi, manipolazione del] realtà) che mirano ad un intervento globale e al] realizzazione della persona in quanto tale.

7) La prima fase dell'intervento educativo consiste in un'osservazione che, attraverso un « contatto emotivo », rappresenti la prima occasione per la costruzione di un rapporto ai fini di una valutazione delle direttive di intervento contemplate negli obiettivi che seguiranno. Tale attività, normalmente della durata di 3 mesi con una frequenza di 2-3 giorni la settimana, è effettuata dai due educatori responsabili del ragazzo preso in carico. All'osservazione dedicheremo un capitolo successivo a cu rimandiamo per il dettaglio.

8) La sintesi dell'osservazione contiene una valutazione globale della situazione, con i problemi principali emersi in rapporto al-le direttive d'intervento. Tale valutazione è la base per la stesura del programma individualizzato annuale.

9) Piano di lavoro annuale. La strutturazione di un programma di lavoro è necessariamente dipendente dal fine educativo ulti-

mo (la formazione di una per sona integrale e in divenire), dalla finalità educativa (sviluppo delle facoltà cognitive, socio affettive,...) e dagli obiettivi atti al loro realizzarsi. Tenuto conto dell'osservazione effettuata, il programma di lavoro si articola su due direttive:

a) mantenimento del livello di sviluppo delle facoltà già in possesso;
b) incremento del livello di sviluppo delle facoltà già in possesso e/o individuazione di nuovi obiettivi inerenti le quattro direttive. Nella stesura del programma di lavoro all'interno delle finalità scelte si stabilisce un obiettivo prioritario per ciascun settore di intervento da attuare secondo la modalità più idonea. Si intende per modalità l'insieme di condizioni che a partire dalla scelta dell'attività (didattica, psicomotoria, manuale,...) stabilisca soggetti educativi (educatore/i, volontari), tempi, spazi (ambiente fisico e umano) necessari al raggiungimento dell'obiettivo (tenendo conto che il primo soggetto educativo è la famiglia, cui bisogna restituire tale capacità anche nei confronti del congiunto con handicap).

10) La verifica.

Sulla base della finalità stabilita la verifica, che si differenzia a seconda dei tempi di attuazione in: breve (1-2 mesi), medio (5 mesi), lungo (10 mesi) termine, riguarda il raggiungimento degli obiettivi che si possono ritenere acquisiti qualora possiedano le seguenti caratteristiche:

a) la permanenza del cambiamento avvenuto
b) la trasferibilità del cambiamento tra soggetti educativi
c) la trasferibilità del cambiamento dall'ambiente educativo proprio del Centro a quello esterno ed infine a quello familiare.

11) Le relazioni annuali.

Terminato il programma di lavoro annuale gli educatori che hanno guidato il ragazzo nello svolgimento del piano di lavoro educativo, stendono una relazione in triplice copia destinata al Centro stesso, alla famiglia e agli enti convenzionati (Comuni di

provenienza). Tale relazione descrive il piano di lavoro svolto delineandone obiettivi, finalità raggiunte, attività eseguite. All'interno di tale valutazione finale sono messe in luce anche le situazioni che necessitano di un ulteriore approfondimento e vengono formulate per l'anno successivo alcune ipotesi di continuazione del lavoro intrapreso. Gli educatori responsabili e il direttore del Centro incontrano quindi i genitori del ragazzo dando vita a una riflessione con lo scopo di procedere, anche in questa sede, a un ulteriore approfondimento delle valutazioni contenute nella relazione di fine anno.

12) Le dimissioni.
In ordine alla problematica inerente a tale aspetto il criterio da attuare fa riferimento al raggiungimento delle finalità stabilite all'interno del fine educativo preposto, e quindi di una situazione di benessere della persona che permetta di ipotizzare l'esaurimento dell'intervento del Centro riguardo lo specifico programma di lavoro formulato. La formula delle dimissioni può, sulla base di quanto detto precedentemente, assumere differenti connotazioni:

a) totale sospensione dalla frequenza al Centro;
b) parziale sospensione della frequenza con inserimento in ambito diverso (lavorativo, familiare, residenziale,...) ritenuto più adeguato alla nuova situazione verificatasi.

A tale proposito il Centro può mantenere una responsabilità e referenza ultima, oppure limitarsi a una prestazione di consulenza, di supervisione o di collaborazione.

Capitolo 6

LA PRIMA DIRETTIVA D'INTERVENTO: La rete di rapporti

I. *Perché*

Andando in estrema sintesi occorre ricordare che:

1) L'oggetto — se così possiamo dire — del nostro lavoro è un uomo.

2) Poiché l'oggetto, in ogni ricerca, detta il metodo per conoscerlo, ci muoviamo a partire da un incontro con la persona e dal condividere una parte di vita con lei.

3) Con questo metodo la persona ci si è evidenziata come un groviglio di esigenze, di bisogni, come domanda elementare ma sostanziale di significato, in cui i singoli bisogni sono aspetti particolari.

4) I bisogni fondamentali sono « consapevolezza » e « libertà », che individuano un poter essere, condizione per un poter fare.

5) Tali bisogni sono espressioni di un « IO » personale che nella sua completezza sfugge ad ogni schematizzazione possibile.

Nell'uso del termine « IO » ci atteniamo ad una definizione data da Scherrington, grande fisiologo: « L'IO » è unità, continuità della presenza personale nel tempo, inalienabile nell'interiorità, invariabile come centro d'osservazione, nella dimensione privata dell'esperienza ». Si tratta di favorire uno « sviluppo dell'identità nella società » (C. Morosini) non dimenticando che, come disse Dostojevskij, « l'uomo non conosce la sua formula ».

6) Consapevolezza e libertà sono aspetti fondamentali della per-sona che tuttavia resta non riconducibile totalmente agli antecedenti biologici o psichici; capace di « storia » intesa come successione di atti personali, responsabili, nati dalla libertà, inderivabili con una lettura puramente deduttiva; caratterizzata da una insoddisfacibilità strutturale (di passaggio notiamo che ogni tecnica pretende di sistemare i bisogni ma non risulta mai risolutiva essendo l'uomo inadeguato a se stesso).

Tale insoddisfacibilità costituisce la dignità di ogni uomo e la struttura sociale dovrebbe servire questo nucleo proprio di ciascuno. Di fatto, ciò non avviene, ed anzi della libertà di chi riconosce tale nucleo ogni potere ha paura: così, ad esempio, l'ideologia anche scientifica congela le conoscenze, evitando di tener aperta la ricerca. Il dia-logo che ci preme tener vivo con chiunque ci legga su queste tematiche è pieno di rispetto: esso nasce non da una autolimitazione, ma dalla coscienza dell'imperscrutabile destino di differenza che caratterizza ogni uomo. Occorre accettare la diversità, non accettando nell'altro solo ciò che a me pare possibile, tollerabile, legittimo. E tutta-via la questione della verità resta centrale, nel nostro come in ogni altro lavoro, poiché essa è ciò che può giudicare il potere: senza questo riferimento il potere stesso si autogiustifica, diventando più o meno sottilmente violento. Notiamo che dire che occorre porre centralmente la verità non significa definirla, ma costruire luoghi e modalità di lavoro in cui il rapporto con essa, la ricerca e l'incontro con essa, possano vivere e vedersi. Luoghi, dunque, fisicamente incontrabili.

Ora: la persona nasce da un rapporto, cresce e si sviluppa in un rapporto; il terreno di sviluppo è per ciascuno un'appartenenza, unica possibilità di autoriconoscimento (infatti è nello sguardo dell'altro che ci si riconosce; ciascuno di noi, ad es., ha un cognome che lo definisce come appartenente a...); in essa si può fare l'esperienza di una « reciprocità comunicativa » e di una « legittimazione dei bisogni ».

Occorre allora, di fronte a una situazione drammatica quale è quella che ci troviamo quotidianamente dinnanzi, consentire le riprese di una esperienza di tal genere. Se esistesse solo l'individuo, basterebbero presenze anonime, ma il prendersi cura di una persona segue dinamiche che non tollerano la burocrazia. Di fronte a una società che si identifica sempre più come una collettività l'impegno è costruire spazi comunitari, cioè luoghi abitati da un senso dell'esistere.

II. *Come*

1) Appartenere è possibile solo se si viene accolti; l'accoglienza è dimensione personale che, esprimendosi come intelligenza e libertà, supera la distanza creata dalla diversità.

2) L'itinerario può partire da una circostanza qualsiasi, ma è comunque caratterizzato da tre aspetti:

a) libertà: si impara da chi già la vive.

b) Condiscendenza: ossia senza pretesa di costringere l'altra dentro uno schema.

c) Fatica: nasce dall'accorgersi che non si può colmare la differenza; è esperienza costante, nel nostro lavoro, e va portata, con l'aiuto degli altri: in caso contrario si mettono in atto tutta una serie di difese che portano alla rottura del rapporto. Emerge, ad esempio, quando un progetto salta, quando è negata la gratificazione del sentirsi utili, o quella di poter manipolare l'altro.

III. *Le tappe del rapporto*

1) *Incontro e conoscenza reciproca tra operatore e ragazzo*

Si attua attraverso tutti i momenti di presenza del soggetto al Centro, prima nei momenti meno strutturati, poi in quelli più strutturati, a discrezione dell'operatore, prima all'interno del Centro, poi all'esterno. L'operatore è presenza sia dal punto di vista fisico, sia dal punto di vista di uno « spazio mentale »: è un porsi accanto gratuito e costante.

2) *Costruzione di un rapporto di fiducia*

Si costruisce nel tempo (minimo 3-6 mesi) mantenendo nel rapporto un atteggiamento poco direttivo, in cui la gratificazione prevalga sulla frustrazione. Quando il ragazzo individua l'educatore di riferimento come « presenza » allora si può, attraverso il gioco della presenza/assenza e le varie flessioni della presenza,

passare alla fase successiva.

3) *Costruzione di un rapporto significativo*

Due aspetti caratterizzano questa fase: da un lato l'autorevolezza dell'educatore, dall'altro la sua capacità di far fronte a ogni situazione di disagio del ragazzo.

4) *Trasferimento di questa significatività al secondo educatore di riferimento*

Attraverso la già citata funzione di « ponte » il primo educatore favorisce la costruzione del rapporto col secondo.

5) *Avvio all'esperienza di « piccolo gruppo »*

Esso può essere costituito secondo criteri e finalità diverse, secondo i casi. Ad esempio: due educatori con due ragazzi (diade): ci possono essere diadi distinte (l'una fa da sfondo all'altra); interagenti; ad azione incrociata; collaboranti per portare a termine un compito; oppure un educatore con due o più ragazzi: qui lo spazio del rapporto viene diviso in vario modo, secondo le necessità dei soggetti implicati.

6) *Avvio al rapporto con gli altri operatori del Centro*

Tale rapporto non arriva al livello di significatività di quello con l'educatore di riferimento, tuttavia è importante per la costruzione di quella « rete » che è indispensabile per persone così compromesse.

7) *Avvio del rapporto con eventuali Assistenti Domiciliari*

Tale rapporto segue le tappe di quello con l'educatore; occorre inoltre tener presente il diverso contesto in cui l'Assistente domiciliare si trova ad agire (v. Quaderni sull'assistenza domiciliare già pubblicati).

8) *Avvio del rapporto con volontari*

Il volontariato è una presenza costante e preziosa accanto agli operatori, e i volontari sono anch'essi importanti nel determinare il clima in cui il ragazzo vive. Fondamentale è che tali figure siano stabili (almeno annualmente) anche se con orari limitati di presenza.

9) *Utilizzo dell'esperienza di « grande gruppo »*

Esistono, all'interno della vita normale al Centro, momenti comuni condivisi da tutti, quali il momento iniziale di animazione, il pranzo, la merenda, il momento finale di ogni giorno, ed altri momenti che consistono in attività più specifiche quali l'uscita in grande gruppo, le vacanze, le gite, il catechismo (quest'ultimo è attività presente al Centro anche se libera, nel senso che coinvolge chiunque voglia riscoprire in sé il senso religioso. Per i ragazzi la proposta è fatta alle famiglie, laddove il figlio non sia in grado di dare risposta per sé). Tali momenti vengono proposti al ragazzo dall'educatore di riferimento, su decisione di quest'ultimo, man mano che il rapporto si approfondisce.

10) *Utilizzo della presenza dell'educatore in famiglia*

Decisa di comune accordo tra l'Anaconda e la famiglia, e con il ragazzo laddove sia in grado di esprimere un parere, in genere è attuata per rendersi conto del comportamento del soggetto all'interno del nucleo familiare, con la presenza dell'educatore in contemporanea o in successione rispetto ai familiari, e per favorire il trasferimento in quell'ambito di abilità apprese al Centro. Ciò implica che si sia avviato da tempo un rapporto con la famiglia, e che sia caratterizzato da collaborazione e fiducia reciproche.

11) *Conoscenza e dialogo con ogni altra presenza che già interagisce, o può interagire, con il ragazzo*

È il caso della scuola, di altri ambiti riabilitativi, di ambiti sociali quali gli oratori, centri giovanili, clubs sportivi ecc.

In sintesi: la finalità dell'intervento sulla prima direttiva è la costruzione di una rete di presenze, significative in senso positivo, che accompagnino per lungo tratto — e a volte per l'intera vita — il cammino evolutivo della persona, agendo in direzione concordata, per obiettivi espliciti e condivisi. Si tratta di combattere nei fatti il primo e, più pesante a volte, handicap: la solitudine, non solo dal punto di vista fisico, ma soprattutto psicologico, e in termini temporali.

La dimensione della « trama di rapporti» è così divenuta costitutiva nella metodologia de L'Anaconda, anche nel senso di esse-re l'ambito in cui ci si muove successivamente sulle altre tre direttive.

IV. *Spunti per l'osservazione riguardanti la prima direttiva*

a) All'interno del Centro socio educativo.

1) Come si è avviato il rapporto con gli educatori di riferimento?
   — tempo intercorso tra primo incontro e « rapporto significativo »;
   — modello di rapporto attuale;
   — canale comunicativo privilegiato nel rapporto.
2) Come si è avviato il rapporto con l' A.D.?
   — tempo intercorso tra primo incontro e rapporto significativo;
   — modello di rapporto attuale;
   — canale comunicativo privilegiato.
3) Come si è avviato il rapporto coi volontari?
   — uno o più;
   — tempo intercorso tra primo incontro e rapporto di fiducia;
   — presenza di difficoltà relative al ragazzo o al volontario.
4) 'Come vive il rapporto educatore/ragazzo nel «piccolo gruppo»?
   — possibile o meno;
   — vantaggioso o meno;

— quale modalità si è dimostrata più vantaggiosa;
— verificare se il ragazzo, dopo qualche tempo, può partecipare al piccolo gruppo senza l'educatore.

5) come vive il rapporto educatore/ragazzo nel grande gruppo?

— possibile o meno;
— vantaggioso o meno;
— durante duali momenti o attività.

6) Come il ragazzo vive il rapporto con i pari?

— ad es. ignora; rifiuta; registra;
mostra interesse;
ricerca;
ha rapporto immediato;
il rapporto viene mediato dall'educatore; altro.

7) Come i pari si rapportano con lui? I

8) Come, in sintesi, vive il rapporto tra C.S.E. e ragazzo?

b) Rapporti tra Centro socio educativo e Famiglia.

— come si è avviato il rapporto?
— come vive attualmente?

c) Modalità di rapporto esistente in famiglia.

— qualità del rapporto tra i familiari e il ragazzo;
— spazi « vitali » esistenti all'interno della famiglia.

d) Rapporti esistenti esclusi Centro socio educativo e Famiglia.

e) Rapporti tra Centro socio educativo e Scuola, tra Centro socio educativo e altri ambiti, strutturati e non.

f) Rapporti esistenti in tali ambiti.

Sintesi per la lettura della « rete di rapporti »

[Q1] Centro socio educativo.

— educatori di riferimento;
— altri operatori;
— assistenti domiciliaci;

— volontari;
— gruppo dei pari

[Q2] Famiglia
— genitori;
— fratelli;
— altri parenti;
— altre figure significative

[Q3] Ambiti sociali strutturati
Esempio – scuola: insegnanti / gruppo dei pari / altre figure;
– Centri di formazione professionale: responsabili / gruppo dei pari / altre figure;
– Oratori, gruppi sportivi, associazioni, ecc.

[Q4] Ambiti sociali non strutturati
— amicizie, rapporti informali.

N.B. Parlando di rapporti occorre distinguere quelli fondamentali, quelli importanti, quelli accessori.

V. *Esempi di modalità operative inerenti la prima direttiva*

a) *Momento di animazione comune*

Contesto: locale centrale del C.S.E., poltrone disposte circolarmente e in modo che ogni persona possa vedere le altre: evitare posizioni emarginanti; ogni educatore sta accanto ai propri ragazzi.

Obiettivi: facilitare la partecipazione dei ragazzi attraverso la richiesta di ciò che preferiscono e attenersi al genere prescelto.

Far comprendere le regole di gruppo: ad esempio:

a) stare nel gruppo;
b) attenzione rivolta a chi parla;
c) partecipare al gioco comune;
d) conoscere gli altri componenti del gruppo;
e) usare i diversi canali espressivi: vocale, gestuale, corporeo.

Modalità:

— possibilmente il gruppo deve essere guidato da due educatori, con la funzione di conduttori (è un momento di « grande gruppo »);
— prima di iniziare, creare un momento di silenzio/attesa;
— scelta del tipo di attività e proposta di questo.

b) *Momento del pranzo*

Contesto: locale del Centro adibito ad accogliere il momento del pranzo. Tavoli disposti in modo di favorire sia piccoli gruppi, sia gruppi più numerosi.

Obiettivi:

1. Conoscenza e corretto uso degli ausili.
2. Acquisizione di autosufficienze di base.
3. Osservazione delle sequenze logiche che compongono il pranzo.
4. Interiorizzazione delle regole di gruppo.
5. Approfondimento della conoscenza e dei rapporti tra ragazzi, educatori, operatori, volontari.
6. Interiorizzazione di regole relative alla salute (ad esempio: dieta).

Modalità:

1. In rapporto singolo (un educatore con un ragazzo), in piccolo gruppo o in gruppo più esteso su decisione degli educatori, in base al programma individualizzato di ciascuno. In ogni caso l'educatore deve essere in grado di controllare i ragazzi a lui affidati, e di poterli raggiungere dalla posizione in cui si trova.
2. Prima di cominciare occorre preparare tutto ciò che serve, compresi eventuali ausili o indumenti particolari necessari ai ragazzi.
3. Ci si prepara al pranzo lavandosi le mani (vedi autosufficienze di base).
4. Durante il pranzo:
   — le operazioni devono essere svolte per quanto possibile direttamente dal ragazzo;

— l'educatore interviene il meno possibile ma è costantemente presente e guida verbalmente;
— solo quando una regola è acquisita se ne introduce una nuova.

5. Dopo il pranzo occorre curare l'igiene orale: chi può lo farà autonomamente, altrimenti interverrà sempre l'educatore; in ogni caso gli educatori sono presenti con funzioni di verifica e di aiuto.

N.B. II momento del pranzo è di importanza fondamentale se solo si pensa agli aspetti di gratificazione sia orale, sia legati alla prima direttiva di intervento. Le regole, cui accennavamo sopra, non vengono mai introdotte rigidamente, ma come modalità per facilitare un maggior benessere personale, nel contesto dei rapporti con gli altri.

c) *Uscite in piccolo gruppo*

Contesto: da un punto di partenza conosciuto a un punto di arrivo preciso.

Obiettivi:

1. interiorizzazione delle regole di gruppo (camminare insieme, camminare sul marciapiede, non infastidire estranei...);
2. acquisizione di concetti topologici (davanti/dietro, sinistra/destra, sopra/sotto);
3. sviluppo di altri aspetti cognitivi (ad esempio: si notano le caratteristiche delle strade, la classificazione dei negozi, la categoria degli edifici...);
4. sviluppo della conoscenza e dell'amicizia tra ragazzi, educatori, operatori, volontari.

Modalità:

1. il gruppo è composto al massimo da otto persone, con un rapporto preferenziale di 1 : 1;

2. occorre individuare una figura di riferimento per tutto il gruppo, il cui compito consiste nel preparare il gruppo all'uscita (v. identità di gruppo, presentazione dello scopo, aspettative dei partecipanti): si possono scrivere le singole aspettative che verranno verificate al rientro;
3. al rientro si può sintetizzare in modo semplice l'esperienza dell'uscita.

N.B. L'esperienza delle uscite va ricordata nei giorni successi-vi, con modalità diverse, decise di volta in volta dagli educatori di riferimento, in rapporto alle varie direttive; inoltre le uscite posso-no anche essere organizzate in « grande gruppo » (massimo quindici persone, in rapporto 1 : 1 o 1 : 2) o essere finalizzate alla conoscenza e all'utilizzo dei principali mezzi pubblici.

d)*Momento della merenda*

Contesto: luogo del Centro adibito ad accogliere questo momento: in genere è l'ambito dove si vivono tutti i momenti comuni.

Obiettivi:

1. interiorizzazione delle regole di gruppo: a parte quelle già ricordate precedentemente, sottolineiamo qui che i momenti comuni sono privilegiati per lo sviluppo di diversi canali espressivi e per il riconoscimento di concetti temporali legati ad attività gratificanti;
2. acquisizione di autosufficíenze di base;
3. i ragazzi più autosufficienti possono mostrare la propria capacità attraverso lo svolgimento di piccole mansioni.

Modalità:

1. il gruppo si dispone in modo circolare con al centro il carrello della merenda;
2. nel rapporto 1 : 1 un volontario può sostituirsi all'educatore, da cui prende le consegne e con cui verifica il lavoro;

3. è necessario che educatori, operatori e volontari si siedano tra i ragazzi in modo da determinare un filtro adeguato tra l'uno e l'altro;
4. l'adulto interviene sulle operazioni solo quando ciò è strettamente necessario, mentre il lavoro fondamentale resta quello di una compagnia capace di contenimento, e nella eventuale sollecitazione verbale.

N.B. Con tale momento termina in genere la giornata di frequenza al Centro: ciò significa che, mentre alcuni riordinano, gli altri (educatori e volontari) attendono con i ragazzi l'arrivo dei genitori o di quanti sono incaricati di riaccompagnarli a
casa.

È fondamentale, in questa situazione, che l'educatore di riferimento controlli l'abbigliamento del ragazzo e verifichi che questi porti a domicilio eventuali oggetti personali.

È solo a questo punto che si può ritenere concluso il lavoro . educativo della giornata.

e) *Catechismo*

Premessa: attività che si imposta se nell'ambito di lavoro esiste una presenza cristiana che voglia rendersi esplicita anche attraverso un momento così organizzato. Per ciò che ci riguarda l'attività è proposta a chiunque voglia riscoprire in sé il « senso religioso ».

Contesto:

1. la disposizione deve essere tale che a ciascuno sia data la possibilità di vedere sia chi conduce il gruppo, sia tutti gli altri partecipanti-,
2. all'interno dell'ambiente devono essere a disposizione anche tavoli e materiali vari per l'utilizzo di attività espressive di vario tipo (esempio: cartelloni, drammatizzazione,...).

Obiettivi:

1. risveglio del senso religioso: favorire in ciascuno la scoperta di

essere amati, di essere voluti, qui e ora;
2. scoperta della figura di Gesù come presenza che ci insegna ad amarlo e ad accoglierci, come compagnia reale alla vita;
3. incontro con persone e luoghi segnati da questa Presenza: il Papa, il Vescovo, il prete, gli amici della comunità cristiana;
4. preparazione alla Santa Comunione o alla Santa Cresima per coloro che, direttamente o attraverso i genitori, lo desiderano.

Modalità:

1. l'attività si svolge in piccolo o grande gruppo su decisione degli educatori;
2. in generale si seguono le seguenti tappe:
momento iniziale di silenzio e attesa;
ascolto della canzone introduttiva registrata durante il primo incontro (tale motivo resterà invariato per tutto l'anno); richiamo da parte della figura responsabile al significato di ciò che si sta facendo e all'importanza della presenza di ciascuno;
presentazione dell'argomento dell'incontro in termini chiari e concisi: ogni nuovo incontro è preceduto da una ripresa dei passi svolti precedentemente;
sviluppo di quanto è stato introdotto a livello verbale attraverso attività espressive individuali e di gruppo;
messa in comune del lavoro eseguito individualmente o nei gruppi;
sintesi conclusiva da parte della figura responsabile; preghiera;
canto conclusivo (adeguato al contenuto di ciò che è stato presentato; è possibile mantenere lungo la settimana il medesimo canto come momento quotidiano di preghiera);
3. è indispensabile che ogni ragazzo abbia precisi riferimenti educativi al fine di coinvolgere l'attenzione e di favorire l'apportopersonale di ognuno.

N.B. E importante che la figura di riferimento sia un religioso e che l'attività sia innanzitutto espressione di fede e di compagnia in Cristo da parte degli adulti.

f) *Vacanze comuni*

— Contesto: località in genere montana, struttura preferibilmente di tipo alberghiero; sono possibili anche vacanze autogestite, che tuttavia richiedono personale in numero sufficiente (ad es., con 15 ragazzi, 30 persone).

Obiettivi:

a) approfondire il rapporto con gi educatori e con volontari;
b) ampliare la trama normale di rapporti amicali in occasione di convivenza full-time;
c) valutare autosufficienze e autonomie in un contesto nuovo;
d) ampliare esperienze significative;
e) arricchire il bagaglio di esperienze di vita;
f) sviluppare pre-requisiti cognitivi e aiutare l'elaborazióne di nuovi contenuti.

Modalità:

— in genere è esperienza di grande gruppo, ma può essere organizzata come piccolo gruppo (10-15 persone in tutto);
— essenziale il rapporto 1 : 1, a volte necessario il 2 o 3 : 1;
— durata da sette giorni a tre settimane;
— note organizzative:
  a) presenza di un responsabile generale;
  b) abbinamento tra ragazzi ed educatori tendenzialmente stabile per la durata della vacanza;
  c) organizzazione stabile, ma non rigida, della giornata;
  d) gite ed escursioni: impegnano la giornata, danno la possibilità di colazioni al sacco e di utilizzo di mezzi di trasporto inconsueti.

g) *Momenti di festa particolari*

Ad esempio:

a) feste liturgiche;
b) avvenimenti di particolare rilevanza;
c) momenti significativi della vita degli operatori e dei ragazzi;
d) momenti di incontro e di convivenza con altri amici.

N.B. Il valorizzare tali situazioni è libera decisione di chi lavora presso il nostro Centro; a distanza di dieci anni dall'inizio li riconosciamo come estremamente importanti per costruire quel-la rete di rapporti che caratterizza la nostra esperienza.

Capitolo 7

ANAMNESI COME STORIA PERSONALE

Nel primo periodo di rapporto tra Centro socio-educativo e ragazzo occorre anche raccogliere tutti i dati possibili circa il periodo di vita antecedente l'ingresso al Centro. Ciò che interessa non è semplicemente un'anamnesi di tipo medico, pure essenziale, ma il cogliere i tratti salienti di tutta la storia del ragazzo. Per il fatto stesso che ha vissuto, egli ne è infatti il soggetto, anche se, inevitabilmente, la storia è stata gestita per lui dai suoi familiari. Ciò va tenuto presente perché, di fatto, veniamo a conoscere una storia personale attraverso l'esperienza dei genitori, il che porta ad evidenziare alcuni dati e a dimenticarne altri.

Diamo qui di seguito alcune note di metodo nella raccolta di tali dati:

a) la storia non si raccoglie riempiendo uno schema, qualunque esso sia, una volta per tutte: alcuni dati emergeranno via via che aumenta la conoscenza e la fiducia tra la famiglia e il Centro socio-educativo: occorre quindi arricchirla strada facendo.

b) la raccoglie l'educatore di riferimento, operatore in possesso di conoscenze generali utili e con una formazione adeguata: si tratta di conoscere dati riservati in liberi colloqui, a volte formali, a volte informali; è all'interno di un rapporto di fiducia e con l'assicurazione di un riserbo adeguato che possono essere chiesti.

c) la durata di tali colloqui non deve essere né eccessiva, né j troppo breve (in generale, 60 minuti per volta): occorre « lasciar parlare », ben sapendo che questa è la prima, forse banale, ma certamente importante, forma di accoglienza.

d) anche la situazione logistica ha la sua importanza un ambiente familiare e tranquillo è più adatto di un altro anonimo e di straente.

e) la « storia personale », come tutti gli altri documenti, resta nella Cartella del ragazzo: di questo strumento, a cui hanno accesso gli educatori, parleremo più avanti.

Diamo qui di seguito lo schema di riferimento usato presso il nostro Centro, comprese le note anamnestiche che riteniamo più utili sulla situazione familiare e sociale.

SCHEMA RACCOLTA DATI ANAMNESTICI DATI ANAGRAFICI

Data: .....

COGNOME E NOME .....

nato a .....Prov. di .....il .....

residente a .....Prov. di .....

Via .....Tel.....

Medico curante .....

DIAGNOSI .....

. . . . . .

Terapia attuale .....

(se è inserito a scuola) Classe .....

Insegnanti .....scuola.....

Direttore / Preside .....

Indirizzo .....Tel.....

Motivo della segnalazione .....

. . . . . .

Inviato da .....

Centri frequentati in precedenza .....

. . . . . .

Dati forniti da .....

Allegati: .....

Dati raccolti da .....

ANAMNESI PERSONALE

1) Situazione del ragazzo all'ingresso nel Centro.

Età .....

Salute .....

Altezza .....Peso .....

Porta qualche protesi (acustica, visiva, ...) .....

.....

.....

Deambulazione e spostamenti .....

. . . . . .

Linguaggio .....

Controllo sfinteri .....

Alimentazione .....

Sonno .....

Abbigliamento .....

Igiene personale .....

Sviluppo sessuale .....

Altro:.....

ANAMNESI FAMILIARE

1) Componenti del nucleo familiare .....

.....

Ruolo fam. Nome Età Professione

padre .....

madre .....

nonno paterno .....

nonna paterna .....

nonno materno .....

nonna materna .....

fratelli / sorelle .....

.....

.....

Malattie significative verificatesi in qualcuno dei parenti della famiglia : .....

.....

Situazione socio-economica della famiglia .....

Gruppi / Associazioni strutturate / Movimenti frequentati dalla famiglia: .....

.....

Altri rapporti della famiglia (amici, vicini, parenti) .....

.....

Relazione padre-madre .....

Descrizione della casa/appartamento e quartiere in cui la famiglia vive:

2) Situazione remota.

Anamnesi preconcezionale

Padre e madre sono parenti tra loro .....

La gravidanza è stata: — cercata .....

— accettata .....

risposta evasiva

— n.r .....

Età della madre alla nascita del ragazzo/a .....

Età della padre alla nascita del ragazzo/a .....

Prima della nascita del ragazzo/a la madre ha avuto aborti o parti non vitali .....

Gravidanza:

Vi sono state complicazioni o malattie nel corso della gravidanza? (Se sì) in quale mese?

(Se sì) malattie infettive: — rosolia ..... — varicella

— morbillo — orecchioni

— pertosse — epatite virale

— altre (specificare) .....

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

— *Parto*

Dove è avvenuto? .....

Da chi era assistita la madre? .....

Durata del parto: — dalle 2 alle 24 ore

— più di 24 ore

Decorso del parto: — normale

— intervento operatorio

— uso di "ferri", ventose, ...

Tipo di parto: — tradizionale

— non traumatico o altro

Vi sono state complicazioni durante il parto? — no — sì

(Se sì) — rottura delle acque

— posizione anomala

— cordone ombelicale intorno al collo

— parto asciutto `

— placenta previa 1

— sofferenza fetale

Parto multiplo: — no — gemellare — trigemino

— più di 3 figli

Parto prematuro: — sì — no

— (se sì) a quale mese .....

Parto postmaturo: — sì — no

— (se si) di quanti giorni ..... `

Appena nato il bambino ha pianto subito? — sì — no

Era cianotico? — sì — no — n.r.

Ha sviluppato ittero? — sì — no — n.r.

Ha avuto trattamento con ossigeno? — sì — no — n.r.

Ha avuto convulsioni? — sì — no — n.r.

C'era incompatibilità sanguigna materna-fetale?

— sì — no — n.r.

Dati relativi alla prima infanzia

Alimentazione

Il bambino è stato allattato al seno — sì — no

— se no perché .....

. . . . . .

In caso contrario che tipo di allattamento ha avuto?

— misto — artificiale

— perché .....

.....

.....

Durante i primi mesi il bambino mangiava — tanto

— poco

— normalmente

– A quanti mesi gli sono state date le prime pappe?

. . . . . .

– Nei primi mesi il bambino aveva disturbi intestinali, vomito, ... ? .....

Problemi successivi nell'alimentazione: ……
..... ……
……..

Sonno

Durante i primi mesi di vita il bambino dormiva:

— tranquillamente con orari regolari

— poco e/o male

— scambiava il giorno per la notte e viceversa

— altro .....

Il bambino aveva disturbi di tipo asmatico?

— sì — no — n. r.

Fino a quanti mesi il bambino ha dormito con i genitori (nella stessa stanza)? .....

Dove dorme il bambino attualmente? .....

.....

Problemi successivi alla prima infanzia in relazione al sonno (disturbi, paure, ...) .....

Sviluppo motorio

A quanti mesi il bambino ha alzato la testa? .....

A quanti mesi il bambino ha iniziato a stare seduto da solo?

.....

A quanti mesi il bambino ha fatto i primi passi da solo?

.....

E andato a carponi per spostarsi? .....

.....

(Se sì) a quanti mesi? .....

Problemi successivi alla prima infanzia in relazione alla deambulazione e allo sviluppo motorio .....

.....

Linguaggio

A quanti mesi il bambino ha iniziato la lallazione?

— 4 mesi

— più di 4 mesi

A quanti mesi il bambino ha detto le prime parole?

— 12 mesi

— più di 12

A quanti mesi ha detto frasi di due parole (parola-frase)?

— a 18 mesi

— dopo i 18 mesi

A quanti mesi il bambino ha detto di più di due parole?

— prima di 36 mesi — a 36 mesi — dopo i 36 mesi

C'è stato un regresso nello sviluppo del linguaggio? .....

(Se sì) a che età? .....

In concomitanza di quale avvenimento? .....

Il ragazzo ha imparato a cantare? .....

(Se sì) a che età? .....Cosa cantava? .....

Se esprimersi con i gesti? .....

I1 ragazzo presenta disturbi nel linguaggio? .....

. . . . . .

Parla spontaneamente? .....

Parla per imitazione? .....

Il ragazzo non ha mai imparato a parlare? .....

Il ragazzo ha avuto trattamento di ortofonia o logoterapia?

(Se sì) a che età e per quanto tempo? .....

Controllo sfinterico

A che età il bambino ha raggiunto il controllo sfinterico anale? ....

A che età il bambino ha raggiunto il controllo sfinterico vescicale (diurno o notturno)?

(d) ..... (n) .....

A che età e quali metodi ha usato la mamma per farlo smettere di sporcarsi durante il giorno? .....

. . . . . .

Il controllo sfinterico ha avuto dei regressi? .....

(Se sì) a che età in concomitanza di quali circostanze? .....

. . . . . .

. . . . . .

Il controllo sfinterico non è mai stato raggiunto? .....

Non è mai stato iniziato un tentativo per il raggiungimento di tale

obbiettivo? I

(Se sì) descrivete le modalità, per quanto tempo e a che età ....……..

……..

Si verificano frequenti episodi di enuresi notturna? .....……

Vaccinazioni fatte dal bambino

— polio orale — sì — no — a che età .....

— tubercolosi — sì — no a che età .....

— vaiolo — sì — no a che età

— tetano — sì — no a che età .....

— altre (specificare anche la data) .....

Malattie infettive fatte dal bambino

— Morbillo età ……

— Scarlattina età ……

— Varicella età……

— Quarta malattia età ……

— Orecchioni età……

–– Pertosse età……

— Rosolia età……

— Difterite età……

–Altre……

……

Ci sono state complicazioni (specificare) .....

……
Altre malattie pregresse .....
. . . . . .
. . . . . .

Interventi chirurgici

Il ragazzo ha subito interventi chirurgici?

— sì — no — n. r.

Che tipo di intervento? .....

.....

.....
A che età? .....

Il ragazzo ha fatto uso di farmaci? .....

— sì — no — n.r.

Quali? .....

Per che periodo? .....

Esiste un EEG? — sì — no — n. r.

Trascrizione con data .....

Quelli più significativi se più di uno .....

. . . . . .

. . . . . .

Esami allegati.....

. . . .

.....

Rapporto con l'ambiente

Il bambino ha sorriso spontaneamente e in risposta al sorriso a quanti mesi? Il bambino reagiva con timore o angoscia alle persone non conosciute (angoscia dell'ottavo mese) e si mostrava contento quando la

madre compariva? .....

A quanti mesi? .....

Aveva un gioco o un oggetto a cui era molto attaccato? .....

(Se sì) che cosa? .....

(Se sì) da che età? .....

(Se sì) fino a che età? ..... Durante il primo anno di vita era solo la mamma che si occupava di

lui? — sì ..... — no ..... In caso contrario, quale altra persona, per quanto tempo e in quali

ore? .....

Il bambino è stato affidato per qualche periodo a una persona diversa dalla

mamma? — sì — no

(Se sì) a chi, per quanto tempo, a che età e perché? .....

…….

Il bambino è stato ricoverato in ospedale o in un istituto?.....

— sì — no

(Se sì) a che età, per quanto tempo e per che motivo? .....

……

.....

La mamma era sempre con lui? .....

. . . . . .

Il bambino è andato al nido? – sì – no

A che mese? .....

Per quanti mesi? .....

Per quante ore al giorno? .....

Andava senza particolari problemi? .....

… … . . . . . .

Il bambino e andato all'asilo/scuola materna — sì — no
(Se sì) la scuola materna era pubblica o privata .....

a che età? .....

per quanti anni? .....

Faceva molte assenze? .....

ha fatto fatica ad abituarsi? .....

andava volentieri? .....

ha cominciato a bagnarsi in questo periodo? .....

Ha frequentato la scuola? (elem. e media) .....

(Se sì) a che età? .....

per quanti anni? .....

adattamento? .....

rendimento? .....

interesse? .....

amicizie? .....

La famiglia ha cambiato domicilio, paese, zona, città? .....

……

(Se sì) che età aveva il bambino? .....

Problemi emersi in relazione a tale cambiamento: .....

……

……

NOTE ANAMNESTICHE
SULLA SITUAZIONE FAMILIARE E SOCIALE

1. Storia familiare:

1.1. - Contesto pre-familiare :……..

- Contesto socio-culturale della famiglia di origine del padre:

……

- contesto socio-culturale della famiglia di origine della madre:

……

- costituzione del nucleo familiare: motivazioni ed eventuale nuovo contesto socio-culturale: .....

……

……

-altro .....

. . . . . .

1.2. - Contesto familiare iniziale: .....

- mantenimento rapporti con famiglie e ambiente di origine:

……

- ruolo sociale del padre: .....

……

- livello socio-economico della famiglia: .....

……

- avvenimenti significativi nella vita familiare

(separazione, disoccupazione, ...) : .....

…… ……

- altro: .....

…… ……

1.3. - Contesto familiare: evoluzione .....

. . . . . .

. . . . . .

- gravidanza primo figlio: .....

.....

- reazioni affettivo-emotive (della madre e del padre) ed evoluzione gravidanza: .....

.....

- mantenimento o cambiamento del quadro familiare precedente:

.....

- conseguenze: .....

.....

- gravidanze figli seguenti: .....

.....

reazioni affettivo-emotive (della madre e del padre) ed evoluzione gravidanza .....

. . . . . .

mantenimento o cambiamento del quadro familiare precedente: .....

.....

conseguenze: .....

.....

altro: .....

.....

1.4.- Gravidanza di .....

- reazioni affettivo-emotive (della madre e del padre) ed evoluzione gravidanza: .....

- mantenimento o cambiamento del quadro familiare prece-dente:

.....

- conseguenze: .....

.....

-diagnosi: tipologia, fonte e periodo: .....

.....

.....

- reazioni affettivo-emotive (della madre del padre)

.....

.....

-altro .....

.....

2. - Nascita di: .....

.....

2.1. - Rapporti della famiglia con l'ambito esterno (prima e dopo) :

.....

.....

- Attività professionale della madre : .....

.....

- Attività professionale della padre: .....

.....

- Tempo libero e attività extralavorative della madre:

.....

- Tempo libero e attività extralavorative della padre:

.....

……

- Rapporti con i parenti……

- Rapporti con amici: .....

……

- Rapporti con conoscenti: .....

……

- Rapporti con famiglie di ragazzi h.: .....

……

- Rapporti con istituti specializzati: .....

……

……

……

- Rapporti con specialisti: .....

……

- Rapporti con associazioni/movimenti : .....

……

Con quale frequenza: .....

Quali tra questi rapporti la famiglia ritiene più significativi: ..

……

……

- Che tipo di difficoltà incontra la famiglia nel relazionar-si a questa realtà:

.....

.....

– Altro……..

…….

. . . . . .

. . . . . .

2.2. - Rapporti all'interno dell'ambito familiare: ...

.....

2.2.1 - Qualità del rapporto tra membri dal nucleo: (specificare se di difficoltà o di consolidamento)

tra genitori: .....

.....

- Tra genitori e figli: .....

.....

- Tra figli : .....

.....

- Tra le altre figure: .....

.....

Altro: .....

. . . . . .

2.2.2 - Qualità del rapporto tra membri dal nucleo ..... :

(specificare se di "assenza", di difficoltà, di rifiuto, di accettazione):

- Tra .....e la madre (e viceversa):.....

.....

.....

– Tra ……..e il padre (e viceversa)……

....

.....

- Tra .....e il/i fratello/i (e viceversa): .....

  ....

  ....

- Tra .....e la/e sorella/e (e viceversa): .....

  .....

  .....

- Tra ... e altri componenti del nucleo familiare (e viceversa):

  .....

  .....

- Altro .....

  .....

2.2.3 - . . ha un rapporto privilegiato con un membro della fa-miglia:

....

Con chi: .....
Perché (mansione, frequenza, ...) : .....

....

- Altro.....

. . . . . .

2.2.4 - Qualità del rapporto tra .....e una figura o realtà ex-

trafamiliare significativa: .....

. . . . . .

Chi è : .....

. . . . . .

Con quale frequenza (gli incontri sono occasionali, sta-

bili, programmati) : .....

Che tipo di rapporto è maturato (accettazione/collaborazione/difficoltà/rifiuto):...

.....

Altro: .....

.....

.....

2.2.5 - Qualità dal rapporto tra la famiglia e la figura o realtà i

extrafamiliare significativa (v. 2.2.4) : .....

.....

- A chi della famiglia fa riferimento:

- Con quale frequenza (gli incontri sono occasionali, stabili, program-

mati):

.....

2.2.6 - Capacità di risposta alla situazione da parte della famiglia:

.....

a) la famiglia sa dare risposte sufficienti ed esaurienti ai diversi bisogni? (sì, no, quali)

.....

.....

b) ... in famiglia svolge autonomamente piccoli lavori?

.....

c) .... in famiglia ha uno spazio personale in casa? ....

.....

d) In particolare chi si occupa di ..... :

.....

e) Per quanto tempo?: .....

f) Con quali mansioni?: .....

g) E presente in famiglia una persona estranea al nucleo familiare che si occupa di .. durante la giornata?: ..

h) Per quanto tempo? .....

i) Con che frequenza? .....

1) Con che mansioni?: .....

m) Su quali altri punti di appoggio può contare la famiglia : .....

. . . . . .

Altro: .....

.....

.....

3 .....e la sua vita sociale extrafamiliare:

3.1. - Rapporti di .....con la realtà sociale:

.....

- Quali: - con un amico particolare: .....

.....

- con gruppo di amici (pari) : .....

.....

- con un movimento/associazione/istituzione: ..

.....

- con un Centro socio-educativo (direzione, opera-tori, volontari):

.....

- con quale frequenza e periodicità: .....

.....

- In compagnia di chi: .....

- Come sono vissuti da .....: .....

. . . . . .

. . . . . .

- Come sono vissuti dalla famiglia: .....

.....

- Quali tra questi rapporti la famiglia ritiene più significativi:

.....

– Altro.....

.....

.....

– Aspettative nei confronti de “L’Anaconda”:.....

.....

.....

Capitolo 8

LA SECONDA DIRETTIVA D'INTERVENTO: il lavoro per la salute

I. *Una definizione*

Intendiamo per « salute » il massimo benessere possibile nei vari periodi della vita e nelle varie situazioni, comprese quelle di patologia progressiva: non ci interessa, infatti, una situazione astratta, ma la concreta esperienza delle persone che abbiamo di fronte. Abbiamo individuato, su questa direttiva, due aspetti che consideriamo distinti per comodità di descrizione, ma che, di fatto, riguardano quella unità e unicità della persona che abbiamo più indietro richiamato. Parliamo quindi di aspetto organico e di aspetto mentale.

II. *Aspetto organico*

All'ingresso al Centro vengono registrati:

— età
— peso
— altezza
— igiene personale
— diete o modalità di alimentazione particolari
— utilizzo, o meno, di protesi e ausili
— capacità, o meno, di spostamento autonomo
— livello di sviluppo sessuale
— necessità di assunzione di farmaci (su indicazione del Curante, di cui resta in cartella il numero telefonico)
— modalità di comunicazione.

Viene inoltre scritta una breve descrizione dell'aspetto generale della persona; successivamente si attuano check up, più o meno

frequenti secondo le necessità, mantenendo un dialogo costante con la famiglia e, da parte della Direzione del Centro (attraverso i familiari o, se del caso, direttamente) con il Medico Curante e con gli specialisti che seguono il ragazzo. Il medico del Centro socio educativo, presente stabilmente, effettua anche terapie particolari, richieste dalla famiglia su indicazione del curante. Tutta la documentazione viene conservata nella Cartella personale: in essa esiste anche un foglio di Diario medico, per annotazioni particolari.

Brevi note sul sistema nervoso

Il sistema nervoso è il mezzo principale attraverso cui il soggetto si pone in rapporto con la realtà.

Schematicamente distinguiamo due aspetti fondamentali:

— apparato d'allarme e conoscitivo, costituito dalla sensibilità (tattile, termica, dolorifica) e dagli organi sensoriali (vista, udito, odorato, gusto);

— apparato effettore: la motilità.

Ricordiamo che nella sensibilità si distinguono:

a) sensibilità elementare;

b) sensibilità discriminativa;

c) sensibilità elaborate, integrate (= percezione).

La percezione, a sua volta, può essere deficitaria sia per una lesione a livello organico, sia per una distorsione su base psicologica (nevrosi o psicosi).

Nella motilità è possibile distinguere, a livello elementare, la attivazione delle unità motorie che costituiscono il muscolo, la coordinazione delle unità stesse, l'ordinamento temporale delle attivazioni.

Il movimento è il risultato di tale* complesso di fenomeni, e può essere volontario o involontario.

Il gesto è un movimento caricato di significato.

A livello del sistema nervoso centrale avviene l'elaborazione, base per un agire cosciente e libero.

Tutto ciò che concerne questo aspetto costituisce le funzioni superiori, che riguardano l'elaborazione dei dati esperienziali, la lo-

ro conservazione, il loro riutilizzo, la possibilità di trascenderli per un agire fondato puramente sul pensiero.

Tra le funzioni superiori importanti ricordiamo: la somatognosi: conoscenza del corpo come spazio chiuso, autonomo rispetto al resto della realtà; lo schema corporeo: esperienza non cosciente del corpo, cornice delle sensazioni, base per l'azione e l'orientamento.

Ci pare utile, inoltre, ricordare che: la « coscienza » non è una semplice funzione, ma la combinazione di un gran numero di attività del sistema nervoso atte a riconoscere il significato di una esperienza e a fornire risposte appropriate a stimoli di varia natura.

Esiste una gerarchia degli « stati di coscienza » (dei quali l'aspetto elementare neurologico è costituito dallo stato di veglia o di son-no) ed esistono due aspetti fondamentali di contenuto della coscienza stessa: la propria persona (autocoscienza) e la realtà (altre persone e realtà materiale). Da ultimo, teniamo presente che il termine « in-conscio » può essere usato come aggettivo, (esempio: gesto automatico, senza rapporto con l'attenzione) o come sostantivo, intendendo con ciò la realtà psichica (Freud) su cui si forma la coscienza.

Ora, per quanto riguarda la valutazione degli aspetti neurologici, sappiamo che nel periodo che va dalla nascita ai tre anni, il bambino acquisisce informazioni prevalentemente attraverso le vie sensoriali.

Successivamente, l'arricchimento delle conoscenze avviene tramite la diretta acquisizione, l'elaborazione e quindi l'adeguamento di se stesso alla realtà.

Esiste un'intelligenza senso-motoria o pratica, il cui funzionamento prolunga quello dei meccanismi di livello inferiore. Questi interessi senso motori spingono il bambino a mettere in opera i muscoli ed i sensi, usando una necessità o un gioco per arrivare spontaneamente e naturalmente ad un esercizio utile al suo sviluppo senso-percettivo. La conoscenza che egli ha degli oggetti a lui noti, come la palla, l'orsacchiotto, la cordicella o altro è quello delle impressioni che ne riceve o di quello che riesce a fare con essi, anche se tutto questo « scambio » è solamente funzionale, cioè serve semplicemente a soddisfare o ad esercitare un organo. Solamente quando il bambino cerca di riprodurre un risultato piacevo-

le ci sarà un'attività edonistica, esplorativa e manipolativa. In questo senso, il gioco sembra corrispondere ad una interpretazione puramente o prevalente-mente fisiologica: è l'espressione del bisogno che il bambino ha di estrinsecare la sua efficienza sensoriale e motoria, consentendogli in questo modo un piacere « funzionale » nascente dalla percezione sensoriale e poi dalla esecuzione motoria in quanto tale.

Riteniamo di grande importanza, specialmente per coloro che sono coinvolti (come insegnanti, educatori, genitori, ecc...) nel problema dell'affronto dell'handicap, conoscere almeno a grandi linee i meccanismi e le abilità primarie; sulla base di questi, si potrà formulare e progettare un programma di sostegno o di recupero, secondo obiettivi reali che tengano conto delle possibilità neurologiche, fisiche ed intellettive di ciascun bambino.

Le attività di recupero, soprattutto in questo campo, andrebbero attivate il più presto possibile, quando il bambino è ancora molto piccolo. Di fronte ad un handicap grave, sia dell'infanzia che dell'adolescenza, sarebbe utile consolidare almeno le capacità residue e sviluppare quelle potenziali. Accenneremo singolarmente a varie capacità relative ai primi stati dello sviluppo neurologico.

Capacità visiva:

1) Reagisce ad uno stimolo visivo
2) Riconosce la figura dallo sfondo
3) Riconosce dei particolari in un insieme
4) Vede un oggetto collocandolo nello spazio tridimensionale (esempio: scendere e salire le scale...)
5) Individua i particolari degli oggetti
6) Individua degli oggetti, delle immagini per identità di classe, colore, forma, dimensione
7) Associa un oggetto alla sua immagine (foto, disegni)
8) Riconosce un colore, dimensione, forma per volta
9) Riconosce fra due colori, forme, dimensioni
10) Riconosce fra tre-quattro e più colori, forme, dimensioni
11) Riconosce fra tre-quattro e più forme e grandezze di colore uguale
12) Riconosce fra tre-quattro forme le grandezze di colore diverso

13) Esegue tombole, domino e giochi di colori, forme e grandezze.

Capacità uditiva:

1) Reagisce ad uno stimolo uditivo
2) Risponde alla chiamata del proprio nome
3) Ad occhi chiusi sa camminare in direzione di un suono udito
4) Riconosce ad occhi chiusi il rumore provocato da oggetti o cose conosciute
5) Riconosce ad occhi chiusi la voce dei compagni
6) Percepisce la differenza fra il rumore ed il silenzio
7) Riconosce azioni tramite il suono prodotto da esse
8) Riconosce, interpreta, riproduce rumori diversi, voci di animali conosciuti, strumenti musicali, oggetti noti anche attraverso l'audizione di un disco
9) Riconosce suoni diversi per intensità (forte/piano)
10) Riconosce suoni diversi per velocità (lento/veloce)
11) Riconosce suoni diversi per tonalità (acuta/grave)
12) Riconosce ritmi diversi (semplici/complessi)

Capacità tattile:

1) Reagisce ad una stimolazione tattile piacevole o spiacevole in modo adeguato
2) Distingue il caldo/freddo
3) Distingue il bagnato/asciutto
4) Distingue il duro/molle
5) Distingue il liscio/ruvido
6) È in grado di afferrare un oggetto ad occhi chiusi e di analizzar-lo cogliendone le caratteristiche (forma, dimensione, consistenza, superficie, temperatura)
7) È in grado di riconoscere ad occhi chiusi un oggetto conosciuto usando solo il tatto
8) E in grado di scegliere ad occhi chiusi tra più oggetti conosciuti quello indicato

Capacità olfattiva:

1) Reagisce ad uno stimolo olfattivo (piacevole-spiacevole) in modo adeguato
2) Riconosce sostanze note tramite l'odore
3) Riconosce tramite l'odore una sostanza nota tra le altre

Capacità gustativa:

1) Reagisce ad uno stimolo gustativo piacevole o spiacevole in modo adeguato
2) Riconosce sostanze note attraverso il gusto
3) Riconosce tra altre delle sostanze note attraverso il gusto
4) Distingue i sapori discriminandoli tra caldo/freddo, dolce/amaro, aspro piccante

Motricità globale:

1) Sa strisciare e andare a carponi in schema crociato
2) Cammina in posizione eretta in schema crociato
3) Sa camminare bene anche avendo entrambe le mani occupate
4) Sa correre sollevando entrambi i piedi da terra
5) Sa saltellare su un piede
6) Sa rotolare
7) Sa fare capriole in avanti e all'indietro
8) Sa coordinare due movimenti contemporaneamente
9) Sa saltare la corda
10) Sa camminare su un'asse d'equilibrio, o su una striscia disegnata sul pavimento

Motricità fine:

1) Sa lasciare la presa volontariamente quando ha in mano qualche cosa
2) Sa prendere un piccolo oggetto usando l'opposizione pollice in-dice
3) Sa prendere un piccolo oggetto usando l'opposizione pollice in-dice contemporaneamente in entrambe le mani

4) Dimostra una tendenza più sofisticata specialmente in una mano a fare certe azioni, come: strappare, tirare, trascinare, fare avanzare oggetti, versare, chiudere, aprire tappi (scatole, cassetti), abbottonarsi, sbottonarsi, infilare, mangiare usando le posate, disegnare, scrivere.

Aspetti relativi a schema corporeo e somatognosi:

1) Ha una percezione del proprio corpo attraverso stimolazioni senso-percettive e sa localizzare le diverse parti del corpo
2) Ha una percezione globale del proprio corpo in posizione statica e dinamica
3) Ha una percezione segmentaria del proprio corpo in posizione statica e dinamica
4) Percepisce e riconosce le parti del proprio corpo in posizione verticale
5) Percepisce e riconosce le parti del proprio corpo in posizione orizzontale
6) È in grado di assumere posizioni statiche e dinamiche su modello e poi sulla sola consegna verbale
7) Sa prendere coscienza delle sensazioni in ordine alla vita vegetativa ed affettiva
8) Sa localizzare gli organi interni.

3) Sa camminare bene anche avendo entrambe le mani occupate
4) Sa correre sollevando entrambi i piedi da terra
5) Sa saltellare su un piede
6) Sa rotolare
7) Sa fare capriole in avanti e all'indietro
8) Sa coordinare due movimenti contemporaneamente
9) Sa saltare la corda
10) Sa camminare su un'asse d'equilibrio, o su una striscia disegnata sul pavimento

Motricità fine:

1) Sa lasciare la presa volontariamente quando ha in mano qualche cosa
2) Sa prendere un piccolo oggetto usando l'opposizione pollice in-dice
3) Sa prendere un piccolo oggetto usando l'opposizione pollice in-dice contemporaneamente in entrambe le mani
4) Dimostra una tendenza più sofisticata specialmente in una ma-no a fare certe azioni, come: strappare, tirare, trascinare, fare avanzare oggetti, versare, chiudere, aprire tappi (scatole, cassetti), abbottonarsi, sbottonarsi, infilare, mangiare usando le posate, disegnare, scrivere.

Aspetti relativi a schema corporeo e somatognosi:

1) Ha una percezione del proprio corpo attraverso stimolazioni
senso-percettive e sa localizzare le diverse parti del corpo
2) Ha una percezione globale del proprio corpo in posizione stati-
ca e dinamica
3) Ha una percezione segmentaria del proprio corpo in posizione statica e dinamica
4) Percepisce e riconosce le parti del proprio corpo in posizione verticale
5) Percepisce e riconosce le parti del proprio corpo in posizione orizzontale
6) È in grado di assumere posizioni statiche e dinamiche su modello e poi sulla sola consegna verbale
7) Sa prendere coscienza delle sensazioni in ordine alla vita vegetativa ed affettiva
8) Sa localizzare gli organi interni.

Per una visione d'insieme collocabile in ordine cronologico, ricordiamo le tappe fondamentali dello sviluppo neurologico:

1/3 mesi

1) inizio vita indipendente
2) posizione asimmetrica, flessione estremità
3) mani a pugno / testa ciondolante più controllata
4) riflessi arcaici
5) movimenti degli occhi scoordinati, comparsa lacrime
6) sguardo vago, si fissa su oggetti vicini
7) ascolta suoni leggeri
8) versi di piacere mentre succhi

9 mesi:
1) sta seduto, si rigira
2) va carponi, tenta la stazione eretta
3) prende con una mano oggetti anche piccoli
4) tocca, graffia, tira
5) gioca con le feci, tocca i genitali
6) maturazione estesa alle zone distali
7) si avvicina agli oggetti col dito indice, a volte anche con la lingua (mette ancora molto in bocca)

12/15 mesi:
1) mani in moto costante
2) cade spesso (a volte intenzionalmente)
3) si arrampica, corre
4) cammina all'indietro
5) costruisce una torre di 3 cubi
6) mette in un contenitore oggetti e li tira fuori
7) scarabocchia

3 anni:
1) sale e scende gradini (prima con un piede, poi alternando)
2) può imparare ad andare in triciclo
3) fa torri da 3 a 10 cubi
4) può allineare cubi per costruire un treno
5) trascina oggetti con una cordicella

6/8 anni:
1) coordinazione sufficiente ad acquisire le abilità che si prefigge

11/13 anni:
1) si sviluppano abilità

16/19 anni:
1) maturità sessuale - equilibrio ormonale
Cenni sulle encefalopatie
Le encefalopatie sono caratterizzate da:
a) un'alterazione strutturale: cronica, irreversibile, fonte di sviluppo neuropsichico deficitario.
b) due tipi: 1. *lesionali*
2. metaboliche

c) classificazione:
1. *secondo la causa:*
— prenatali:
a. embriofetopatie (esempio: rosolia)
b. aberrazioni cromosomiche (esempio: Down)
c. malformazioni genetiche (esempio: meilomeningocele) — perinatali:
a. sproporzione fetopelvica
b. parto distocico
— post-natali:
a. traumi
b. meningoencef aliti
c. vasculopatie cerebrali
d. neoplasie

2. secondo il quadro clinico: (secondo Prechtl) — neonatale:
a. neonato ipoeccitabile
b. neonato ipereccitabile
c. neonato ipotonico
d. neonato ipertonico
e. convulsioni
— post/neonatale:

• *sindromi spastiche*[1]*:*
— deficit di forza
— ipertonia elastica
— iperflessia tendinea

Tipi:
— monoplegia (deficit di forza a un arto)
— emiplegia (deficit di forza a un emicorpo)
— emiplegia doppia (deficit di forza ai quattro arti, più evidente agli arti superiori)
— diplegia (deficit di forza ai due arti, superiori o inferiori) — tetraplegia (deficit di forza ai quattro arti)

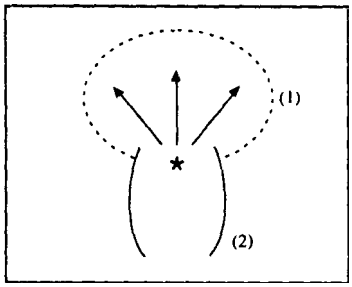
• *sindromi coreoatetosiche (o discinetiche):*
— movimenti coreici (rapidi, variabili, aritmici, afinalistici, con l'emozione, col riposo)
— movimenti atetosici (lenti, tentacolari delle mani, del viso, della lingua)

• *sindromi distoniche* (nel tentativo di compiere un movimento il corpo si fissa in posizione anomala)
• *sindromi atassiche* (ipotonia diffusa, deambulazione a base allargata, sviluppo intellettivo normale)
N.B. Il termine « cerobropatia » è oggi in disuso perché troppo generico.

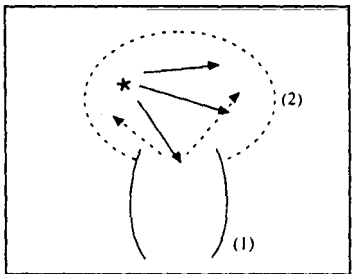
Cenni sulle epilessie

Dobbiamo distinguere tra:
Convulsioni: quadro derivante da una reazione transitoria dell'encefalo a una causa esterna (es.: carenza di glucosio)
Epilessia: malattia derivante dalla presenza cronica di crisi convulsive sempre uguali, per alterazione endogena del cervello. Se ne conoscono due tipi principali:

[1] Sono sindromi motorie che hanno spesso conseguenze psicologiche, mentre le capacità intellettive sono solitamente poco compromesse.



a) Centroencefalica o generalizzata primaria (grande male, piccolo male, piccolo male mioclonico);
(1) Tronco cerebrale (sostanza reticolare)
(2) Corteccia cerebrale



b) *Focale o sintomatica (con possi*bile generalizzazione secondaria)
(1) Tronco cerebrale (sostanza reticolare)
(2) Corteccia cerebrale

Il primo sintomo della centroencefalica è la perdita di coscienza; il primo sintomo della focale dipende dalla zona interessata mentre la coscienza è integra: può esserci un arresto della coscienza nelle forme complesse in cui la vigilanza è conservata, ma si posso-no avere allucinazioni.
Il quadro tipico della prima consiste in: inizio a volte con grido e pallore, perdita di coscienza, fase tonica, fase clonica, bava alla bocca, perdita di urine e feci, rilassamento, sonno e amnesia postcritica.

Classificazione delle forme epilettiche

a) generalizzate benigne (grande male, piccolo male, piccolo male

mioclonico); maligne (West, Lennox)

b) Focali semplici (motorie, afasiche, jacksoniane, sensitive, sensoriali);
complesse (psicosensoriali, psicomotorie, pseudoassenze);

c) Focali con generalizzazione secondaria.

Cosa occorre fare di fronte a una convulsione o a una crisi epilettica?

1) non allarmarsi, non bloccare i movimenti del paziente;
2) adagiarlo a terra;
3) mettere qualcosa di duro tra i denti per evitare la morsicatura della lingua;
4) tenere il capo del paziente ruotato da un lato;
5) controllare il tipo di crisi e la durata;
6) informare la famiglia.

N.B. Se il soggetto assume una terapia antiepilettica, seguire scrupolosamente le indicazioni date.

Nei ragazzi accolti al Centro, le patologie elencate sopra sono frequenti. Esse vanno diagnosticate da un medico e sono spesso confermate attraverso esami strumentali.

Dei più frequenti tra questi diamo la denominazione e l'utilizzo prevalente.

1. Radiografie e stratigrafie convenzionali.
   Utili soprattutto in caso di traumi o sospetto di lesioni delle ossa craniche o dei segmenti del rachide.
2. E.E.G.
   L'elettroencefalografia è una tecnica che registra l'attività elettrica cerebrale spontanea con elettrodi posti sul cuoio capelluto. È particolarmente utile nelle forme epilettiche, ma viene usata anche nelle malattie cerebrali degenerative, neoplastiche,

vascolari, infiammatorie, traumatiche. Viene inoltre impiegata per studiare vari aspetti del sonno e per la valutazione degli stati di vigilanza.

3. T.A.C.
   La T.A.C. (tomografia assiale computerizzata) è una fra le più recenti tecniche d'indagine neutoradiologica. Si ottengono immagini fotografiche in bianco e nero o a colori. È utile per dimostrare processi intracranici quali ematomi, tumori, raccolte liquide, gassose, aree di rammollimento o necrosi cerebrali. L'esame è indolore e inoffensivo (la dose di radiazioni equivale a quella di una radiografia convenzionale).
4. Radiografie con mezzo di contrasto.
   Sono esami più gravosi per il paziente, comportanti un certo margine di rischio. Si effettuano su preciso sospetto diagnostico.
5. Angiografia.
   Iniezione di mezzo di contrasto iodato idrosolubile nelle arterie cerebrali: serve a visualizzare la circolazione anche nel distretto venoso di ritorno.
6. Scintigrafia.
   L'introduzione di un radioelemento permette di rivelarne la concentrazione in qualche zona sospetta, e di valutarne la velocità di eliminazione.
7. Ecografia.
   Evidenzia lo spostamento di strutture mediane in seguito a qualche processo espansivo da un lato.

Accanto a queste i ragazzi presentano, nella stragrande maggioranza, problematiche di ordine psichico. In alcuni queste ultime so-no le uniche rilevabili. In ogni caso si tratta di situazioni gravi, dando della « *gravità* » la seguente definizione: « situazione di deficit biopsicologico che comporti la necessità di un aiuto continuativo e globale sul piano psicofisico e dei rapporti ». Essa viene valutata lungo la fase dell'osservazione iniziale e rivalutata con frequenza annuale, in itinere; viene inoltre indicata come « media », « grave », « gravissima », sulla base della valutazione annuale che tiene presenti fattori inerenti le quattro direttive di base e in particolare:

a) la situazione biopsicologica della persona;
b) le possibilità di risposta della famiglia;
c) le possibilità di risposta del contesto sociale della persona;
d) l'evoluzione storica della persona.

III. *Le autosufficienze*

Tra l'aspetto organico e quello psichico della salute poniamo le « autosufficienze di I livello » comprendenti:
1) igiene e cura della persona;
2) controllo degli sfinteri;
3) abbigliamento;
4) alimentazione;
5) spostamento autonomo in ambito ristretto (ad esempio: casa, Centro socio educativo);
6) riposo e sonno.

A queste facciamo seguire le « autosufficienze di II livello » comprendenti:
1) gestione della casa;
2) uso e gestione dei soldi;
3) abilità comunicative e sociali (esempio: telefono);
4) spostamenti in ambito allargato (esempio: uso mezzi pubblici);
5) gestione del tempo libero.

Ogni autosufficienza così definita si compone ovviamente di diverse abilità. Occorre allora, in fase di osservazione:
— verificare le singole abilità;
— verificare l'ordine in cui sono svolte;
— valutare il fattore « tempo».

—

Al termine si potrà affermare che siamo di fronte a:

— dipendenza totale;
— dipendenza parziale se:

a) comincia ad eseguire da solo su consegna verbale;
b) esegue da solo ma non con regolarità;
c) esegue da solo ma presenta deficit motori permanenti. — autosufficienza: quando la persona ha piena padronanza delle abilità e le esegue in un tempo accettabile.

N.B. Nella programmazione relativa a tali aspetti occorre individuare ed affrontare, per un tempo a volte molto lungo, obiettivi realistici, singoli e particolari, passando ai successivi solo quando questi sono raggiunti in modo certo e trasferibile. Riteniamo fonda-mentale l'impegno educativo in questo campo, in quanto importanti per la dignità della persona e per il diverso carico che il diverso livello di autosufficienza determina in coloro che stanno a fianco della persona stessa. Tali capacità rientrano nella finalità generale del nostro lavoro: riabilitare a vivere nel contesto sociale. Anche in questo si evidenzia l'ottica di tipo educativo-riabilitativo che perseguiamo, contro una logica di mera assistenza che perpetua la passività della persona.

1) *Le autosufficienze di primo livello*

Igiene personale

1) Si lava le mani:
1.1Usa il sapone.
1.2 Non usa il sapone.
1.3 Sta davanti al lavandino per l'intera operazione.
1.4 Si lava sia il palmo che il dorso della mano.
1.5 È accurato nell'azione.
1.6 È disattento nell'azione.

2) Si lava la faccia:
2.1 Usa entrambe le mani.
2.2 Si lava tutto il viso.
2.2.1 Evita una o più zone (es.: occhi - bocca...).
2.3 Usa il sapone.
2.4 Non usa il sapone.

3) Si lava il collo - le orecchie (come?):
3.1 Usa entrambe le mani.
3.*2* È accurato nell'azione.
3.3 Usa il sapone.
3.4 Non usa il sapone.

4) Si fa la doccia:
4.1 Da quale zona del corpo inizia.
4.2 Si lava davanti/dietro.
4.3 Si lava accuratamente tutto il corpo.

5) Igiene orale:
5.1 Uso congruo dello spazzolino.
5.1.1 Uso associato con il dentifricio.
5.2 Lava i denti sia dell'arcata superiore che inferiore.
5.3 Lava i denti sulla faccia esterna e interna.
5.4 Si sciacqua la bocca al termine dell'azione.

Controllo sfinterico (Vescicale - anale)

1) Controllo vescicale
1.1 non controllo
1. 1. 1 avverte di essere bagnato
1.1.2 manifesta il disagio per ciò
1.1.3 manifesta piacere per ciò
1.2 ha « incidenti »
1.3 controlla
1.3.1 di giorno
1.3.2 di notte
1.3.3 usa il controllo per finalità proprie 1.3.4 usa il controllo secondo norme sociali

2) Controllo anale
2.1 non controlla
2.1.1 avverte di essere sporco 2.1.2 manifesta disagio per ciò 2.1.3 manifesta piacere per ciò *2.2* ha « incidenti »
2.3 controlla la situazione

2.3.1 usa il controllo per finalità proprie
2.3.4 usa il controllo secondo norme sociali

Abbigliamento

a) Sa svestirsi: da solo - con aiuto: parziale * totale — Cappotto/Giacca
— Cappello
— Sciarpa
— Guanti
— Scarpe con lacci — Scarpe senza lacci — Maglione
— Golf con camicia — Golf con bottoni — Pantaloni o gonna — Canottiera/Maglietta — Reggiseno
— Mutande
— Calze
— Stivali
— Camicia
— Cintura

* specificare se parziale con gesto o consegna verbale.

a.1) Come si sveste:
1.1 Inizia sempre da una parte.
1.2 Inizia sempre con lo stesso indumento.
1.3 Ha cura dei suoi indumenti: 1.3.1 li ripone ordinatamente; 1.3.2 li lascia sparsi nel locale.

b) Sa rivestirsi: da solo - con aiuto: parziale * totale
— Cappotto/Giacca — Cappello
— Sciarpa
— Guanti
— Scarpe con lacci — Scarpe senza lacci — Maglione
— Golf con camicia — Golf con bottoni — Pantaloni o gonna — Canottiera/Maglietta — Reggiseno
— Mutande
— Calze
— Stivali
— Camicia

— Cintura

* specificare se parziale con gesto o consegna verbale.

b.1) Come si veste:
1.1 Riconosce i suoi vestiti
1.2 Distingue diritto o rovescio. 1.3 Distingue davanti o dietro. 1.4 Segue una sequenza precisa? 1.4.1 Quale?
1.5 Si veste in modo adeguato: 1.5.1 al tempo;
1.5.2 alla stagione.

Alimentazione

Pre-requisiti motori:
a) Coordina i movimenti della bocca (apre-chiude, serra le labbra).
b) Mastica.
C) Deglutisce.
d) Riesce ad aspirare, succhiare, sputare.
C) Muove abilmente la lingua (la estromette, la sposta lateralmente).

Pre-requisiti cognitivo-affettivi:

a) Riconosce il cibo:
   a.1 Distingue i sapori dolce-amaro, salato, aspro, acido, insipido.
b) Manifesta delle preferenze per alcuni alimenti.
c) Ricerca alcuni alimenti.
d) Si alimenta in modo regolare o irregolare;
   d.1 Regolare: esprime dei ritmi naturali di fame-sazietà.
   d.2 Irregolare: manifesta alterazioni nel comportamento alimentare:
   d.2.1 Tratti bulimici
   d.2.2 Tratti anoressici
   d.2.3 Esclusione di alcuni cibi
   d.2.4 Fissazione rigida per altri
   d.23 Mangia troppo velocemente
   d.2.6 Mangia troppo lentamente
   d.2.7 Beve troppo velocemente

d.2.8 Beve troppo lentamente
d.2.9 Utilizza il cibo in modo inadeguato (lo sparge su di sé, fuori dal piatto).
1. Sa portare il cibo alla bocca:
1.1 Con le mani (qual è la mano dominante?)
1. 1.2 Con una posata
1.2 Usa correttamente le posate (cucchiaio, forchetta, coltello, bicchiere)
1.3 Mangia da solo cibi solidi e liquidi senza rovesciarli.
1.4 Si versa da bere dalla bottiglia.
2. Chiede o rifiuta dell'altro cibo:
2.1 Con lo sguardo
2.2 Con la mimica ed il gesto
2.3 Con la voce
2.4 Non chiede all'altro:
2.4.1 Si serve da solo
2.4.2 E passivo
3. Sta seduto a tavola il tempo necessario:
4. Si pulisce la bocca utilizzando il tovagliolo:
5. Usa solo le proprie posate, il proprio bicchiere, prende il cibo dal proprio piatto:
6. Mangia da solo o insieme ad altre persone:
6.1 Adegua i propri tempi agli altri
6.2 Non invade lo spazio degli altri
7. Sono presenti comportamenti inadeguati: 7.1 Appoggia la bocca sul piatto, sospinge il cibo direttamente dal piatto alla bocca
7.2 Prende il contenuto del piatto con le dita
7.3 Sparge il cibo e i liquidi sul tavolo, sul piatto, su di sé
7.4 Prende il cibo o i liquidi dal piatto o bicchiere altrui
7.5 Mette il cibo nella bocca ancora piena 7.6 Si alza continuamente dal posto
7.7 Comportamenti di rifiuto:
7.7.1 Urla e piange alla presenza del cibo 7.7.2
Scuote la testa alla presenza del cibo 7.7.3 Non
apre la bocca, non si muove

Spostamenti in ambito ristretto

a) Si sposta autonomamente:
   a.1 cammina normalmente
   a.2 è capace di correre
   a.3 è capace di saltare
b) Si sposta con ausili: b.l con carrozzina: b.l.1 da solo
   b.1.2 con ausilio
   b.2 con bastone
   b.3 con il girello
   b.4 in altro modo...
c) Come si muove?
   c. l si muove molto, in modo « afinalistico »
   c.2 non si muove
   c.3 ha lunghi tempi di passività motoria
   c.4 prova piacere nel muoversi
   c.5 finalizza il movimento
   c.6 è in grado di inibire il movimento

Sonno

1) Emerge il modello diurno:

.....

2) Sonno notturno più sonnellini diurni:

.....

3) Gode del cerimoniale per andare a letto:

.....

4) È abile a combattere il sonno:

.....

5) Raramente combatte il sonno, ma ha bisogno di una disciplina ferma per andare a letto:

.....

6) Ha più bisogno di sonno, ma vuole stare alzato come segno di maturità:

.....

7) Si regola come l'adulto:

.....

SCHEDA RIASSUNTIVA AUTOSUFFICIENZE DI 1° LIVELLO*

	assente	mediocre	discreto	buono
Controllo sfinterico				
— vescicale				
— anale				
Alimentazione				
— usa posate				
— masticazione				
— deglutizione				
Abbigliamento				
— svestirsi				
— vestirsi				
Igiene personale				
— lavale mani				
— lavala faccia				
— igiene orale				
— lava il collo				
— si lava la faccia (il collo)				
Spostamento in ambito ristretto				
— autonomo				
— con ausili				

* Si compila al termine dell'osservazione iniziale.

VERIFICHE ANNUALI SULLE AUTOSUFFICIENZE DI 1° LIVELLO

	assente	mediocre	discreto	buono
Controllo sfinterico				
— vescicale				
— anale				
Alimentazione				
— uso posate				
— masticazione				
— deglutizione				
Abbigliamento				
— svestirsi				
— vestirsi				
Igiene personale				
— lava le mani				
— lava la faccia				
— igiene orale				
— lava il collo				
— si lava la faccia (il collo)				
Spostamento in ambito ristretto				
— autonomo				
— con ausili				

2) *Autosufficienze di secondo livello*

a) Gestione della casa:
— lavare
— stirare
— rammendare
— mettere via gli abiti
— cucinare
— apparecchiare/sparecchiare — lavare i piatti
— progettare i pasti della
— giornata/settimana
— fare la spesa
— spolverare/pulire i pavimenti — pulire il bagno
— riparare piccoli guasti

b) Gestione e uso dei soldi:
— saper amministrare un bilancio
— pagare le bollette della luce, gas, telefono
— tenere un conto in banca, fare prelievi e depositi

c) Abilità comunicative:
— uso del telefono
— scrivere lettere personali/ufficiali (e sociali)
— prendere/dare appuntamenti
— saper vivere positivamente con le altre persone della famiglia
— organizzare inviti a cena, feste, serate in casa
— saper intervenire in caso di infortunio in casa
— sapersi assumere o dare ad altri responsabilità
— sapersi occupare di un animale domestico

d) Spostamenti in ambito allargato: — saper orientarsi nella via, quartiere, città, zona,...
— uso dei mezzi pubblici
— saper usare bicicletta/moto/auto
— saper consultare carta stradale/carta coi percorsi dei mezzi pubblici

e) Gestione del tempo libero; — interessi
— organizzazione della giornata, week-end, vacanze,...

N.B. Verifiche annuali come per le precedenti.

IV. *Aspetto mentale*

Premessa

Riprendendo quanto già accennato in precedenza, in questo aspetto ci muoviamo a favorire nel ragazzo CONSAPEVOLEZZA e LIBERTÁ.

I due termini necessitano di qualche chiarimento: col primo intendiamo una situazione esistenziale, non sembrandoci sufficiente né l'accezione intellettualistica (v. Hegel), né quella moralistica (v. Kant), mentre col secondo intendiamo la possibilità di aderire ai fattori costitutivi di sé, essendo fino in fondo se stessi. Sono temi, questi, su cui è aperto il dibattito: per parte nostra, riteniamo prima tra le libertà quella « religiosa, cioè la libertà di poter definire i propri bisogni nell'orizzonte adeguato. Dove manca, manca la possibilità per l'uomo di mettere in rapporto il bisogno suo e degli altri con il desiderio » (Marco Martini, docente di statistica economica presso l'Università di Milano). Proprio su quest'ultimo termine siamo andati via via sviluppando alcune ulteriori osservazioni.

La prima

La diversità tra le persone non consiste, in ultima istanza, nelle apparenze (quanto diverse, sul piano somatico o del comportamento, sono le persone che incontriamo?) o negli schieramenti ideologici (ivi compresi quelli tecnici), appartenenze, queste, parziali e temporanee, ma è un aspetto indefinito dal punto di vista del cammino raggiunto da ciascuno tra l'emergere del desiderio, la capacità di riconoscerlo, la consapevolezza delle possibili risposte.

La seconda

Di fronte ad un ragazzo ci muoveremo dunque a capire innanzi-tutto come egli sia: il comportamento di ciascuno, infatti,

evidenzia bisogni, domande, desideri, tentativi di risposta.

La terza

Nelle persone che frequentano il Centro socio-educativo sono evidenziabili condotte particolari quali, ad es., rifiuto del contatto fisico, mancanza di « dialogo tonico », mancanza del « dialogo a di-stanza », contatto fisico stereotipato, su determinate parti corpo-ree, assenza di sorriso comunicativo, gestualità bizzarre, alterazioni della voce, assenza o alterazione della comunicazione verbale, assenza delle « autosufficienze di base », assenza di manipolazione, ecc.: di fronte a tutto ciò è importante, per la nostra esperienza, non assumere immediatamente un atteggiamento direttivo teso alla scomparsa della condotta medesima. Ciò che ci muove è il tentativo di evidenziare ciò che abbiamo detto sopra — convinti come siamo che non esiste nell'uomo comportamento afinalistico, cercando innanzitutto di capire chi ci sta di fronte, garantendo ovviamente l'incolumità del ragazzo stesso e di chi gli sta vicino.

La quarta

In sintesi si tratta di ACCOGLIERE (atteggiamento attivo che coinvolge la soggettività di ognuno sulla base di un giudizio: tutt'altro, quindi, che una sterile generosità o una calcolata tecnica di approccio) per capire, onde muoversi poi a favorire una evoluzione positiva. Per questo è fondamentale la presenza dell'educatore e la sua capacità di « contenimento », soprattutto mentale. Per questo ha senso l'inserire persone con handicap grave in strutture quali i Centri socio educativi in cui il rapporto ha caratteristiche « comuni » ma è agito a ragion veduta, e in termini coscienti, da parte di figure professionali.

La quinta

Il primo intervento è quindi il porsi accanto stabile della figura educativa: essa garantisce spazi di vita individuale, all'interno

di un ambito di vita comune, per poter essere; condivide i gesti della vita quotidiana e ridà loro un significato positivo; ricostruisce con l'ambito abituale del ragazzo (famiglia, quartiere, paese: ossia tessuto sociale reale, non servizi), un livello di comunicazione reciproca e di corresponsabilità.

Alcune note sulla nascita psicologica

La vita, dal punto di vista psicologico, nasce in un rapporto; la vita, in quanto tale, ha bisogno di questo terreno per iniziare, svilupparsi, compiersi.

All'inizio ciò che appare è l'aspetto biologico, ma da subito il corpo infantile non è puramente naturale: infatti si parla di corpo « pulsionale ». Il bambino, pur non avendo consapevolezza di vive-re, avverte ed esprime situazioni di disagio e situazioni di benessere, le une, denuncia di un bisogno, le altre, denuncia di saturazione di esso. Le une e le altre vengono espresse in modo inconsapevole: tensione o rilasciamento muscolare, pianto o sorriso, o altre comuni manifestazioni, sono ricche di caratteristiche personali (non si piange tutti nello stesso modo, come sarebbe facilmente dimostrabile entrando in una nursery). L'adulto risponde, interpretando il pianto come richiesta, e questa sequenza contiene il primo rischio implicato nella risposta dell'adulto: interpretazione univoca, risposta univoca. Attraverso esperienze di questo genere il rapporto si comincia a strutturare come incontro tra la soggettività del bambino e la soggettività dell'adulto; il colorito affettivo (cioè di significato, di senso) dipende da questo e « passa » nei gesti più quotidiani: nel « come » rispondo ai bisogni elementari che registro nell'altro passa un contenuto di significato. Il secondo rischio che l'adulto corre può essere duplice: non implicare la totalità di sé nel rapporto, o all'inverso implicarsi totalmente senza più la capacità di guardare sé in azione e di giudicare questo aspetto (l'adulto deve, in qualche misura, scindersi in un IO che guarda e un IO che agisce: l'avventura educativa, per altro, ha il suo punto di maggior fascino proprio come occasione di crescita anche per l'adulto, che riscopre la necessità per sé di un luogo educativo). E per tutto ciò, sia pure appena accennato, che non si può parlare di « accu-

dire », se si parla di un uomo, ma solo di un « prendersi in carico ».

Sul versante del bambino la risposta adeguata dell'adulto determina sia la saturazione del bisogno espresso, sia la nascita di un rapporto di fiducia nel reale (per il momento non distinto da sé). Notiamo, di passaggio, che si può stare attenti al proprio bisogno ed esprimerlo se si ha fiducia che la risposta esiste; in caso contrario, ci si abitua a censurare il bisogno stesso, tentando in tal modo di ridurre la sofferenza psichica che puntualmente riemergerà altrove.

Pian piano che lo sviluppo del bambino prosegue gli aspetti sensitivi, sensoriali, motori gli danno modo di registrare il reale e di annullare la distanza da esso. Ciò che promuove la nascita dell'IO ed avvia lo sviluppo della consapevolezza è il gioco (quanto delicato e fondamentale!) della presenza/assenza dell'adulto.

All'inizio ciò che appare è l'aspetto biologico, ma da subito il corpo infantile non è puramente naturale: infatti si parla di corpo « pulsionale ». Il bambino, pur non avendo consapevolezza di vive-re, avverte ed esprime situazioni di disagio e situazioni di benessere, le une, denuncia di un bisogno, le altre, denuncia di saturazione di esso. Le une e le altre vengono espresse in modo inconsapevole: tensione o rilasciamento muscolare, pianto o sorriso, o altre comuni manifestazioni, sono ricche di caratteristiche personali (non si piange tutti nello stesso modo, come sarebbe facilmente dimostrabile entrando in una nursery). L'adulto risponde, interpretando il pianto come richiesta, e questa sequenza contiene il primo rischio implicato nella risposta dell'adulto: interpretazione univoca, risposta univoca. Attraverso esperienze di questo genere il rapporto si comincia a strutturare come incontro tra la soggettività del bambino e la soggettività dell'adulto; il colorito affettivo (cioè di significato, di senso) dipende da questo e « passa » nei gesti più quotidiani: nel « come » rispondo ai bisogni elementari che registro nell'altro passa un contenuto di significato. Il secondo rischio che l'adulto corre può essere duplice: non implicare la totalità di sé nel rapporto, o all'inverso implicarsi totalmente senza più la capacità di guardare

sé in azione e di giudicare questo aspetto (l'adulto deve, in qualche misura, scindersi in un IO che guarda e un IO che agisce: l'avventura educativa, per altro, ha il suo punto di maggior fascino proprio come occasione di crescita anche per l'adulto, che riscopre la necessità per sé di un luogo educativo). E per tutto ciò, sia pure appena accennato, che non si può parlare di « accudire », se si parla di un uomo, ma so-lo di un « prendersi in carico ».

Sul versante del bambino la risposta adeguata dell'adulto determina sia la saturazione del bisogno espresso, sia la nascita di un rapporto di fiducia nel reale (per il momento non distinto da sé). Notiamo, di passaggio, che si può stare attenti al proprio bisogno ed esprimerlo se si ha fiducia che la risposta esiste; in caso contrario, ci si abitua a censurare il bisogno stesso, tentando in tal modo di ridurre la sofferenza psichica che puntualmente riemergerà altrove.

Pian piano che lo sviluppo del bambino prosegue gli aspetti sensitivi, sensoriali, motori gli danno modo di registrare il reale e di annullare la distanza da esso. Ciò che promuove la nascita dell'IO ed avvia lo sviluppo della consapevolezza è il gioco (quanto delicato e fondamentale!) della presenza/assenza dell'adulto.

Parallelamente allo sviluppo, il bisogno si differenzia nei bisogni. All'inizio esso viene percepito dal bambino come massivo, diffuso, generale; pian piano, ricevendo risposte adeguate ai singoli bisogni, egli comincia a differenziarli, e cominciano a costituirsi quel-li che possiamo chiamare « primi nuclei dell'IO ».

N.B. Con questo termine intendiamo le prime rappresentazioni somatopsichiche. Ad es., nel mangiare, sono implicate la regione orale, la percezione visiva, quella tattile, la cinestesica, e parallelamente il rapporto con una persona, la madre. All'inizio (3 m.) essa satura il bisogno del bambino senza essere riconosciuta come altro dal bambino stesso (IO apparente), più avanti c'è il sorriso alla presenza materna (6 m.: presenza di un IO effettore), più avanti ancora comparirà l'angoscia di fronte a una presenza riconosciuta come estranea proprio in confronto con figure ormai familiari (I anno: IO con funzione protettiva).

Questa nascita di nuclei avviene man mano che diminuisce la soglia percettiva; parallelamente si sviluppa la prima forma di comunicazione tra bambino e adulto: per la verità, è il comportamento stesso del bambino che la madre interpreta come comunicazione, riconoscendo ad esso il valore di segnale e rispondendo inconscia-mente con lo stesso codice: pensiamo ad es. alla posizione assunta, o al tono muscolare, attraverso cui passano tranquillità o tensione, accoglienza o ostilità, e così via.

Mentre più avanti la comunicazione diventerà prevalentemente verbale, nell'infanzia, e per lungo tempo, i segnali affettivi sono la forma di comunicazione più importante, mentre sulla « presenza » e sulla « assenza » (intesa come perdita di una presenza significativa) dell'altro si costruisce l'esame di realtà.

Anche nell'esperienza delle persone che frequentano il Centro il segnale è l'aspetto più importante della comunicazione, includendo a volte la parola stessa. Ciò è particolarmente complesso, perché in persone così esso porta il peso di esperienze precedenti, di messaggi pregressi di segno vario, di elaborazioni iniziate e poi interrotte, e così via. Il rapporto con la realtà materiale è in qualche modo con-seguente al peso, positivo o negativo, del rapporto con l'altro, ed è spesso, a sua volta, un segnale importante. Occorre dunque, attraverso una formazione e un tempo adeguati, imparare a leggere i segnali sullo sfondo della storia della persona, e imparare a ripensarli.

Per questo siamo anche molto cauti, soprattutto quando il rapporto è iniziale, nel dare frustrazioni. Sappiamo che la frustrazione è un altro fattore importante di sviluppo, ma nel nostro caso essa ci pare di qualche utilità solo se si sperimenta su un terreno di gratificazione, se è scelta, non agita impulsivamente, e se è scelta in rapporto al livello di sviluppo raggiunto dalla persona.

La sequenza della gratificazione, vissuta all'interno del rapporto, costituisce, secondo alcuni Autori, la base per raggiungere il concetto di « causalità »: essa sarebbe modello fondamentale nel tipo dì pensiero conosciuto come « processo primario », mentre nel « secondario » sarebbe la base dell'ideazione.

Successivamente la domanda, non più nascosta nel bisogno, emerge come desiderio cosciente.

Quand'anche tutti i bisogni fossero soddisfatti, resta nel bambino, ed è esperienza ripetuta nel corso della vita di ognuno, un'insoddisfazione, ed emerge allora quello che chiamiamo « desiderio », testimone di un'assenza: esso indica l'insopprimibile tensione ad un « di più »; l'essere irrevocabilmente umano mostra nella sua stessa struttura una discordanza fondamentale: da un lato, una capacità il-limitata di pensare e volere, dall'altro, una capacità limitata di fare; la distanza tra desiderio e realtà è la principale sofferenza umana.

L'emergere di tale esperienza, il prenderne coscienza, il cercare risposte, ci sembra il cammino che ogni uomo percorre ed è tale possibilità che vogliamo garantire anche alle persone che abbiamo accolto.

COME, DUNQUE, MUOVERSI?

Di fronte al bisogno e più in generale di fronte alla domanda, l'altro può:

a) riconoscerlo, o meno;

b) accoglierlo, o meno;

c) offrire risposte o meno.

Il punto più difficile e controverso è certamente il primo, su cui non abbiamo risposte preconfezionate. Diciamo solo che il desiderio di incontrare l'altro nella sua realtà ci ha portato e ci porta a stare attenti alla nostra, al nostro desiderio, alle nostre domande, alle risposte che abbiamo trovato.

Di fronte a ogni desiderio, dal più semplice al più profondo, ci pare di poter indicare, in estrema sintesi, i seguenti passi:

Al) emergere del desiderio;

A2) spinta ad agire;

A3) confronto con le proprie possibilità e con la risposta dell'ambiente;

A4) valutazione su: « posso realizzare questo desiderio » o « non posso » (ciò può essere iniziale, può essere al termine di A5);

A5) come? Impegnandosi o accettando parziali rinunce;

A6) attraverso l'agire, in cui è compreso anche il pensare, si ottiene un risultato che viene paragonato al desiderio iniziale, con una valutazione di quanto è costato; interviene in ciò anche l'influenza dell'ambiente in cui si vive, e tanto più quanto minore è la maturità;

A7) il risultato, se è positivo, aumenta la spinta ad agire e la fiducia in se stessi, se è negativo comporta una rinuncia, *un* rifugio *i*n situazioni già note, un calo in generale di apertura alle circostanze nuove della vita.

Poiché la domanda si coglie nel veder agire la persona e nella motivazione che la spinge, evidenziata fin nei gesti più banali, è riportata in primo piano la costante attitudine osservativa, su di sé e sull'altro, dell'operatore, e la necessità che questi non presti, più o meno consciamente, all'altro i propri desideri.

Occorre anche tener presente che mentre i rapporti iniziali con le persone possono essere stati patologici, gli altri aspetti di sviluppo della persona possono essere evoluti, magari limitatamente e in modo distorto (ad esempio la manipolazione degli oggetti, il camminare, il parlare...). La situazione che ci troviamo di fronte è quindi complessa e non cì si può limitare a far rivivere alla persona quel determinato passaggio, o quella determinata fase, così come dovrebbe essere vissuta in tempo competente (e chi può, del resto, definire con certezza questo « dovrebbe »?). Il legame con la vita, con i rapporti, strutturato in modo patologico, può essere modificato attraverso un'esperienza educativa particolare, in cui inserire, se del caso, anche interventi specifici.

Ecco dunque che il primo problema che ci troviamo davanti per poter operare è la necessità di una lettura della vita del ragazzo anche dal punto di vista psichico. Le domande possono essere una distinzione fra SÉ e NON-SÉ? Esiste un'autocoscienza, e a che livello? Qual è la consistenza dell'IO? ecc.): negli anni, siamo giunti a formulare delle piste estremamente generali su cui ci

muoviamo, pronti peraltro a modificarle quando ne vedessimo di più utili, e che qui brevemente accenniamo.

INDICAZIONI PER ORIENTARSI RIGUARDO ALLA « STRUTTURA PSICHICA » DEL SOGGETTO

Possiamo evidenziare cinque situazioni diverse:
1 - SÉ caotico;
2 - SÉ polarizzato
3 - IO nascente;
4 - IO rigido;
5 - IO integrato, elastico.

SÉ CAOTICO

1) L'immagine di un IO unico e unitario, anche dal punto di vista corporeo, è dell'osservatore, non del soggetto.
2) E un'organizzazione complessa, costruita con mezzi elementari: non ci sono le coordinate fondamentali (spazio e tempo), non esiste distinzione tra SÉ e NON-SÉ, tra dentro e fuori, non esistono confini, né forma.
3) Funziona sulle sensazioni, legate a modificazioni corporee, tese a ritrovare il contatto con un contenitore.
4) Il movimento è un imitare per essere, ripetere per essere, per esistere.
5) Esiste una « memoria fisiologica », fondata sul funzionamento corporeo, continua e stabile: essa consente la riattualizzazione dell'esperienza, condizione dell'esistenza del SÉ.
6) Tale memoria somatica privilegia in modo evidente qualche aspetto: un'immagine visiva o verbale, un suono, un odore, un contatto...
7) Si tende a restare sul registro corporeo dell'esperienza, incorporando cose ed eventi che non oppongano diversità. La percezione, intesa come registrazione di altro, è censurata.
8) Distinguiamo due situazioni:

— SÉ eccitato: presentazioni di eventi esterni a flash, non collocabili, né ordinabili; quando cessa la presentazione, cessa

l'esistenza dell'evento stesso.
— SÉ non eccitato: rinchiuso in se stesso, distante, in qualche modo impermeabile.

9) In sintesi: funzionamento onnipotente, autarchico, teso a ritrovare continuamente l'omeostasi, espresso nelle sensazioni e nella motricità, ivi compresa quella legata alla parola.

SÉ POLARIZZATO

1) La situazione è quella precedente, ma qui si avvia la relazione con un altro; questa è riconosciuta dall'educatore, non dal soggetto, per cui permane la non distinzione fra SÉ e NON-SÉ. Tuttavia la presenza dell'altro propone una iniziale linea di confine, l'energia psichica si focalizza su qualche canale privilegiato, in rapporto a tale presenza (sguardo, mimica, tratto, espressione vocale).
2) L'uso dei canali sensitivi e sensoriali e degli aspetti motori all'interno del rapporto significativo con l'altro, facilitano un'integrazione ulteriore del SÉ.
3) Man mano che il rapporto si approfondisce, la presenza dell'altro può, a ragion veduta, rinforzare determinati comportamenti: questi diventano il terreno della relazione iniziale fra i due e sono poi guidati ad evolvere in senso positivo dall'educatore, attraverso modalita di volta in volta diverse, ma sempre privilegiando esperienze corporee rispetto alla comunicazione verbale.
4) La « polarizzazione » del SÉ è un processo: per molto tempo passi in avanti si alternano a brusche regressioni.
5) Tale processo avviene tra due pericoli costanti:
   — « angoscia di non integrazione »: presa di coscienza di un SÉ separato ma frammentario e perciò estremamente vulnerabile.
   — « angoscia di integrazione »: presa di coscienza che ogni cambiamento esige fatica, che può essere temuta e rifiutata.

Ci può essere o non essere motricità, ma questa conserva caratteri particolari: c'è una tendenza alla ripetizione di movimento o di gesti, c'è un uso senso-motorio degli oggetti, manca ancora l'integrazione a livello gnosico dell'azione; tuttavia inizia a com-

parire una « intenzionalità comunicativa », un aprirsi verso l'altro divenuto significativo (ad es. guardare in faccia, ricercare quella persona, sorriderle, dare e ricevere oggetti).
7) Parliamo, in ogni caso, di SÉ, quando, guardando il comportamento del soggetto, ritroviamo « un modulo di esperienza anteriore alla distinzione tra fisico e psichico, tra soggetto e oggetto, tra psiche e persona, o almeno in una regione dove questa distinzione è inoperante » (Giannini).
8) In ogni caso, occorre riuscire a ristabilire con il soggetto una comunicazione positiva, risvegliando l'interesse verso l'altro.

IO NASCENTE

1) L'altro comincia, a tratti, ad essere identificato come tale, grazie soprattutto al suo iniziare a porsi come diverso, e alla parallela integrazione dei nuclei dell'IO.
2) Inizia l'accettazione degli atteggiamenti frustranti, oltre che di quelli gratificanti, dell'altro.
3) Avviene la presa di coscienza di sé come « IO corporeo », sia come identità, sia come contenuto cognitivo. L'IO è unitario, unico, importante, mosso da una volontà, capace di entrare in rapporto con un altro.
4) Dalle rappresentazioni frammentare SÉ e non-SÉ, all'incontro tra due soggetti, scoperti nella propria unicità e globalità: io e l'altro.
5) Si avvia lo sviluppo delle principali funzioni dell'IO:
   a) personalizzazione: coscienza di unità, di identità, di pensare, di volere, di agire.
   b) esame di realtà:

— dalle percezioni, alle rappresentazioni, all'elaborazione; —
sviluppo dell'orientamento spazio-temporale;
— sviluppo dei prerequisiti intellettivi;
— sviluppo del processo secondario.

6) Si peò valutare l'assetto difensivo dell'IO: l'entità delle difese, la loro adeguatezza rispetto all'età, se formino un sistema equilibrato, se siano efficaci, consentendo l'ulteriore sviluppo dell'ID.
7) Occorre valutare anche il livello di elaborazione presente:
   a) funzionamento per fattori elementari: segnali percettivi, emo-

zioni grossolanamente differenziate, memoria di schemi d'azione rigidi.

b) funzionamento per fattori complessi: compare il fattore causa- ` le, emozioni distinte tra quelle che nascono da me e quelle de-terminate dalla realtà esterna, la memoria diventa ricordo.

IO RIGIDO

1) La « personalizzazione » e « l'esame di realtà » sono poveri, rigidi, schematici;
2) C'è tendenza a ripetere schemi di comportamento acquisiti, con parallela incapacità di acquisirne rapidamente dei nuovi;
3) La capacità di elaborazione è a volte discreta, ma agisce ad un solo livello: manca la capacità di scegliere a quale livello operare;
4) L'apprendimento è statico, a blocchi, meccanico;
5) L'assetto dell'Io è molto fragile, con rischio costante di regressioni e frammentazioni: in tal caso, l'IO sembra naufragare nel SÉ e perdere il rapporto con la realtà.

IO INTEGRATO

1) La « personalizzazione » è notevole: in particolare, la capacità di giudizio su ciò che accade è significativa; c'è una certa capacità di scelta, con motivazioni plausibili;
2) l'esame di realtà è espresso a livello verbale, c'è un buon orientamento nello spazio e un certo orientamento nel tempo;
3) c'è la capacità di acquisire schemi di comportamento nuovi in tempi accettabili;
4) la capacità di pensiero consente apprendimenti di tipo culturale;
5) l'assetto generale dell'IO è elastico, capace di assor-

bire cambiamenti di una certa entità e di tollerare a un certo livello di frustrazione.

Esempi di modalità operative sulla II direttiva

a) FISIOTERAPIA

Contesto:
a) palestra: spalliere, parallele, specchio da fisioterapia, pallone bobath, tappeto e lettino da fisioterapia, piano oscillante, rulli, girello, canadesi, tripodi, registratore;

b) piscina: docce, armadietti, palloni, cerchi da fondo, salvagenti, palline da ping-pong, cannucce, registratore; temperatura acqua 34°/36°.

N.B. In strutture pubbliche: richiedere uno spazio e un orario preciso, nel quale possa esserci la minor quantità di persone esterne agli utenti del Centro e ai loro educatori.

Obiettivi:
— Ricerca del benessere individuale, non una forzatura verso una normalità prefissata.
— Collegamento col piano educativo al fine di rendere efficace l'intervento e non fine a se stesso. È importante che gli obiettivi vengano definiti in base al piano educativo generale e possibilmente proposti e verificati nell'équipe del Centro, in dialogo stretto con l'educatore di riferimento.

Modalità:

1) È necessaria una diagnosi chiara (da chiedersi ad una fisiatra o al medico curante) e una conoscenza dei problemi secondari associati;
2) Occorre individuare un piano di trattamento, le autosufficienze possibili e le strategie per raggiungerle;
3) Si possono individuare ausili per autosufficienze;
4) Occorre verificare il piano di lavoro e l'accettazione da parte del

ragazzo e del contesto familiare;

5) Il rapporto più utile è 1 : 1; esso diventa essenziale di fronte a ragazzi epilettici o con problemi respiratori importanti;
6) Occorre far conoscere al ragazzo il luogo e gli attrezzi necessari;
7) Occorre spiegare nella maniera più comprensibile gli esercizi e i giochi che si eseguono;

N.B. Per le strutture pubbliche è importante conoscere tutto ciò che è visibile dall'angolo di visuale in cui sono i ragazzi e spiega-re il fatto dell'avvicendarsi di persone non conosciute all'interno della piscina stessa.

8) Prepararsi all'entrata in acqua: è bene sollecitare l'autosufficienza dei ragazzi in questo frangente per: uso dei servizi igienici; spogliarsi; effettuazione della doccia (sempre da premettere per motivi igienici); indossare il costume, l'accappatoio, la cuffia, le calzature ad hoc.
9) Prima di avvicinarsi alla piscina con il ragazzo il fisioterapista o l'educatore deve avere l'accortezza di lanciare sullo specchio dell'acqua oggetti diversi che ne rompano la monotonia e riducano la sensazione di spazio ampio e quindi non sicuro che dà uno spazio-piscina vuoto.
10) Approccio graduale all'immersione: proporre giochi stando sul bordo della piscina, prima in piedi fuori, poi in acqua, seduti sul bordo: gettare oggetti, spruzzare l'acqua con mani e piedi;
11) Adattamento in acqua: favorire un clima di tranquillità; non avere premura di far immergere nell'acqua; favorire un rapporto di fiducia con l'educatore attraverso giochi con l'acqua e oggetti vari;
12) Presa di coscienza della respirazione attraverso esercizi respiratori, quali il soffiare sull'acqua o soffiare delle palline sulla superficie; facendo immergere gradualmente la testa e il corpo onde superare la a paura di bere ».
13) Esecuzione di esercizi, a seconda dei programmi, legati a una capacità natatoria, prima con galleggianti e poi proni, senza l'ausilio dei galleggianti; esercizi più specifici per una determinata

patologia eseguiti dal fisioterapista o concordati con lui.

14) Si termina con una fase di rilassamento (15-20 minuti) con musica. I ragazzi devono usare il salvagente che permette uno scarico del lavoro fisico e psicologico, al fine di raggiungere una situazione di benessere. In questo momento è importante un rapporto stretto educatore/ragazzo al fine di garantire a quest'ultimo una sensazione di successo, attraverso una prevalente comunicazione verbale.

b) TERAPIA PSICOMOTORIA

Contesto: ambiente specifico (sempre lo stesso) in modo da essere riferito con estrema immediatezza alla attività:

tale ambiente deve avere le caratteristiche di:

— tranquillità (assenza di rumori disturbanti);

— agibilità (assenza di ostacoli inutili);

— accoglienza (deve comprendere possibilmente anche una zona con tappeti, moquette, cuscini...).

A disposizione dell'ambiente ci devono essere i vari materiali usati generalmente per la psicomotricità (vedi elenco presente nello schema indicativo per l'attività di educazione psicomotoria), tenuti possibilmente in contenitori in modo da non disperdere l'attenzione e permettere di far emergere delle preferenze e, di conseguenza, delle scelte da parte del ragazzo.

Oltre a tali materiali sono utili quelli che, per loro natura, posso-no favorire la comunicazione (esempio: telefoni comunicanti, registratore,...), l'espressione, anche grafica (esempio: spazi da dipingere, lavagne murali, colori, pastelli, materiali plastici,...) e la « proiezione » (esempio: bambole, peluche, famiglie di personaggi, di animali, burattini,...). Va sottolineato che è importantissimo il fatto che il ragazzo ritrovi nella stanza sempre gli stessi oggetti, che sia a conoscenza di tutto quello che è presente nell'ambiente e che quindi possa scegliere tra le varie possibilità quelle che meglio si adattano alle sue esigenze e ai suoi bisogni.

Se lavorano altre persone nella medesima stanza (in altri momenti) è utile avere una scatola personale per ciascuno contenenti oggetti scelti, produzioni realizzate,...

Obiettivi:

I due obiettivi fondamentali verso cui si orienta la terapia psicomotoria sono:

instaurare o restaurare la comunicazione e l'identità del soggetto. Su questi, che restano gli obiettivi « fondamentali », si aggancia-no altri obiettivi sempre importanti, legati all'espressione, alla creatività e alla capacità di fare operazioni mentali.

In particolare le varie aree di intervento che teniamo presenti nel comportamento del ragazzo sono:

— motricità globale;

— motricità fine e prassica;

— percezione visiva ed uditiva;

— organizzazione spaziale;

— organizzazione temporale;

— organizzazione dello schema corporeo.

Sottolineiamo che si parte sempre da ciò che il ragazzo è, dalle sue possibilità limitate di affermarsi, in una sorta di « aggiramento » e non di aggressione del disturbo, che richiede l'impegno di mezzi che possono apparire come una riappropriazione senso-motoria ed emozionale remota.

Questo è spesso necessario per far scattare una esperienza di piacere, a volte sconosciuta al ragazzo, esperienza che è fonte di una nuova apertura al mondo.

N.B. Per chiarire la differenza tra rieducazione psicomotoria e terapia si può dire che la terapia psicomotoria è proposta quando ci sono problemi in relazione alla comunicazione, alla identità, al pia-cere,...; prima quindi di ogni intervento diretto all'apprendimento cognìtivo, obiettivo, quest'ultimo, della educazione e riedu-

cazione psicomotoria.

Modalità:

Il rapporto è 1 : 1, in casi particolari può essere anche 1 : 2.

Non si può parlare di uno schema di seduta preordinato o di un progetto « rigido », perché sono le proposte del ragazzo, ciò che egli desidera (risveglio della comunicazione e affermazione di sé) che, in parte, determinano lo svolgimento dell'incontro. Questo non vuol dire che lo psicomotricista abbia un ruolo passivo: il suo intervento consiste nell'ascoltare, accogliere, contenere il ragazzo, rassicurarlo e, in seguito, anche introdurre in modo graduato le frustrazioni.

Ricordiamo che lo scopo della terapia, è quello di far evolvere la situazione: per questo è indispensabile una continua formazione dello psicomotricista e la possibilità di un efficace confronto con gli altri operatori.

Concludendo sottolineiamo che è importante riportare il ragazzo alla calma prima del termine dell'incontro, aiutandolo anche ad accettare il fatto di poter rimandare la soluzione di un problema, di un conflitto, in tempi successivi.

A questo proposito è utile al termine di ogni incontro proporre una fase di rilassamento, motorio e mentale.

Prevedere un momento di questo tipo può servire anche ad introdurre delle sequenze nella seduta. In tal senso anche il tempo di seduta, che inizialmente può essere un po' più « elastico », comincia ad avere dei limiti fino ad arrivare ad un tempo preciso accettato anche dal ragazzo.

c) GIOCO TERAPEUTICO

Contesto:

ambiente: durante lo svolgimento di tale attività è importante che resti lo stesso.

Caratteristiche:

— luminoso ma facilmente oscurabile;

— non particolarmente ricco di stimoli ma accogliente;

— la disposizione dei mobili e degli oggetti deve restare invariata nel corso delle sedute.

Materiale:

— possibile utilizzo di materiale strutturato — la gamma di giochi varia da semplice materiale per gioco sensoriale ed esplorativo, a gioco percettivo-motorio, a gioco simbolico — scelto liberamente dal ragazzo o proposto dall'educatore.

— possibile non utilizzo di materiale, basando l'incontro esclusivamente sulla comunicazione verbale e non, prestando particolare attenzione ai modelli di rapporto e ai canali usati dal ragazzo. La durata e la frequenza degli incontri sarà stabilita secondo gli obiettivi all'inizio del lavoro e dovrà restare in-variata.

Obiettivi:

L'obiettivo generale tende a una ricostruzione della personalità attraverso un rafforzamento dell'Io, quando è già evidente, oppure uno « spazio » logistico e relazionale in cui il Sé, ancora caotico e angosciato possa esprimersi senza censure, contenuto e ordinato, per quel che è possibile, dalla « mente formata » del-l'operatore.

Gli obiettivi specifici sono in stretta relazione al tipo di patología e di cammino fatto dal soggetto. Da questo lavoro dovranno emergere « informazioni » tali da consentire di ipotizzare attività specifiche più adeguate per quanto riguarda anche altri aspetti dell'intervento.

Modalità:

1) Il rapporto fondamentale è quello 1 : 1.

È indispensabile prendere coscienza, da parte dell'educatore, che tale « attività » ha come base il rapporto tra due persone; « si tratta cioè prima di ogni altra cosa di un atteggiamento verso noi stessi e verso le ragioni per cui facciamo ciò che facciamo, si tratta quindi sempre, in qualche misura, di un confronto con se stessi, dal momento che l'uno offre sé medesimo all'altro » (Bettelheim).

Alla luce di tutto ciò sottolineiamo che l'attività non è propriamente guidata dall'educatore ma è una « co-conduzione » dell'educatore e del ragazzo. L'attenzione dell'educatore sarà volta a cogliere, interpretare, rielaborare e rimandare i diversi messaggi (angoscia, aggressività a sé e all'altro, fuga, apatia, uso di stereotipie c/o oggetti, uso di persone, ecc...) con la massima obiettività.

A tal proposito l'educatore dovrà avere chiarezza su di sé, essere libero da pregiudizi, condizionamenti, ipotesi di esito, al fine di poter cogliere i segnali emersi non dimenticando che si vive un momento di condivisione intesa come un tener presente la realtà per modificarla (la modifica è successiva).

3) La fretta è bandita da un'attività di tal genere; è importante invece ricordare che allorché il ragazzo accetta le regole spazio-temporali del « setting », questo diventa il contenente di ciò che sta vivendo (in caso contrario l'unico contenente è la mente dell'operatore).
4) Importante è riconoscere che « qualcosa accade », prima che preoccuparsi di trovare a questo « qualcosa » un significato: occorre la capacità di identificarsi e parallelamente di separarsi.
5) Fondamentale resta il non contro-reagire eccitazione: occorre prendere coscienza dei propri vissuti e farne strumento di aiuto per l'altro.
6) È necessario che l'educatore, al termine di ogni seduta, raccolga le idee e le osservazioni in uno scritto: ciò verrà poi rivisto e valutato con i tecnici del Centro.

Capitolo 9

LA COMUNICAZIONE UMANA E IL SUO SIGNIFICATO

I. *Premessa*

1) Nell'ambito del lavoro del Centro socio educativo, a contatto con persone gravemente handicappate, questo aspetto è di importanza fondamentale e deve essere presente a tutti i livelli. Intendiamo dire che innanzitutto i ragazzi vanno accolti in un « ambito di rapporti » (tra tutte le persone presenti al Centro) in cui il livello di comunicazione deve essere stabilmente alto.
Il singolo ragazzo viene accolto dagli educatori di riferimento, ma tale incontro avviene sullo sfondo di altre persone (altri ragazzi, altri educatori, volontari, obiettori, personale dipendente, di segreteria, addetti ai servizi ecc.) che sono a loro volta incidenti sul rapporto stesso. Occorre allora che ci siano spazi di dialogo e di confronto tra tutti, in modo che a ciascuno siano chiare le finalità del servizio e gli obiettivi generali per ogni ragazzo; il programma specifico per ognuno, contenente gli obiettivi particolari, può invece essere conosciuto solo dagli educatori di riferimento, dagli assistenti domiciliari, da eventuali volontari stabili che interagiscono col ragazzo, ovviamente con la supervisione di chi dirige.
Occorre ricordare che ciò che proponiamo al ragazzo è un « percorso di vita », dentro una convivenza per lui significativa.

2) Ugualmente elevato deve essere il livello di comunicazione con la famiglia e con il tessuto sociale in cui il ragazzo vive.

3) Nell'intervento col ragazzo ci sono attività in cui la comunicazione verbale è volutamente accantonata ma nella normalità della vita del Centro è importante mantenere ricco e adeguato il livello di queste modalità di comunicazione con ciascuno.

4) Assolutamente da evitare è l'atteggiamento per cui si parla del ragazzo in sua presenza, ipotizzando erroneamente che « non capisca »: per la nostra esperienza, in ogni caso, viene colto — e ri-

cordato molto bene — il fatto che si stia parlando di lui e se il con-tenuto specifico gli sfugge, non sfugge la ricchezza della metacomunicazione in atto tra le due persone.

II. *Aspetti generali*

« Comunicazione »: scambio più o meno volontario di messaggi tra due o più partners, secondo uno o più canali comunicativi, secondo i tipi pragmatico, analogico, digitale, con l'uso di segni arbitrari costituenti i codici comunicativi (Schindler).
Il comunicare e il linguaggio in particolare lungi dall'essere un semplice strumento, è una dimensione dell'uomo, è un modo di entrare in rapporto che lo connota per il fatto di essere uomo.
E solo un obbligo, o una scelta dolorisissima di estrema difesa, quella dell'autismo, che segna la sconfitta di ogni tipo di comunicazione.
Ma anche di fronte a questo silenzio, è possibile decodificare il messaggio, la richiesta inconsapevole di aiuto. Una domanda qualsiasi — « dov'è la gomma? » cui si risponde « qui » non è un evento banale, ma il risultato di una sequenza comunicativa complessa che si può schematizzare così:
messaggio — decodificazione — elaborazione -- codificazione — ricezione; è un processo caratterizzato da una continuità: se questa manca diventa difficile la comprensione.
Ora: l'apparato neuropsichico è la base per la comunicazione, sia sul piano anatomico (la zona temporale sinistra, come è noto), sia su quello funzionale (ad ogni livello il cervello funziona con il sistema cod/decod e occorre che le varie funzioni si integrino). Inoltre esso svolge un'importante e utilissima funzione di filtro sulla massa di stimoli che gli arrivano. Tale apparato è dunque strutturato per una funzione fondamentale: decodificare messaggi, codificare risposte. La discriminante è l'elaborazione, più o meno complessa, più o meno articolata. Inoltre l'uomo è predisposto a superare l'esperienza materiale, da cui parte per trascenderla in qualche modo; così la complessità della situazione neuropsichica personale si inserisce per così dire in un circuito in cui sono necessari altri settori, quali ad esempio l'ambiente culturale. La realtà è impregnata di linguaggio: ogni cosa, ogni aspetto del vivere ha un

nome, e questi si collegano, avendo la possibilità di creare un mondo che può vivere senza alcun riferimento alla realtà materiale.
I significati che possiamo riconoscere nella comunicazione sono sostanzialmente tre:
a) il pensiero: esso è la base per il funzionamento del Sé e per la costituzione dell'Io;
b) l'esperienza culturale: la madre che parla al neonato lo immerge in un mondo, che è il suo, ben prima che il neonato stesso ne faccia richiesta;
c) la possibilità di partecipazione al contesto sociale: dove manca la comunicazione verbale essa diventa evidentemente più problematica.

Vediamo ora in concreto tre esempi:
1) il bambino piange: la madre gli dà da mangiare;
2) il bambino tende la mano: la madre gli dà il biberon;
3) il bambino indica con il dito il piatto: la madre risponde « vuoi questo? » e lo accontenta.

Sono tre modalità diverse ma ugualmente importanti che si possono riconoscere anche nella persona con handicap, che ha una propria storia e un proprio desiderio, o meno, di comuni-care.

Nel primo caso il bambino esprime attraverso un comportamento involontario il bisogno: la madre agisce come se il bambino le parlasse; nel secondo caso c'è, da parte del bambino, un comportamento volontario, ma è ancora la madre che costruisce la comunicazione; nel terzo caso c'è un'intenzionalità focalizzata sull'altro: il bambino indica e contemporaneamente guarda l'altro, cioè agisce allo scopo dì farsi capire. Quest'ultimo passaggio avviene parallelamente allo sviluppo definito da Piaget quinto stadio senso-motorio: i mezzi sono gesti e vocalizzi, la finalità è « la richiesta » (il bambino usa un segnale perché l'adulto faccia una cosa) o la « affermazione » (il bambino usa un segnale perché l'adulto noti una cosa).

La comunicazione gestuale è già comunicazione ma ha alcuni aspetti limitanti: ad esempio si riferisce al « qui » ed « ora » (non si può indicare ciò che non è presente).

La comunicazione linguistica invece è libera, non condizionata da limiti spaziotemporali; in essa possiamo distinguere una semantica (legata al significato del segno), una sintassi (legata ai nessi logici impliciti), una pragmatica (legata al comportamento).

Così, è attraverso il trovare parole che descrivano un'azione in corso che ci si avvia al possesso di parole che indicano concetti. In sintesi quando la comunicazione verbale compare essa attraversa quattro stadi che si correlano perfettamente con i passaggi evidenziabili nel gioco simbolico:

LINGUAGGIO	GIOCO SIMBOLICO
a) il bambino accompagna l'azione concreta con la parola;	a) il bambino riconosce l'uso appropriato di un oggetto;
b) il bambino usa la parola per ricordare un'azione;	b) il bambino finge di compiere una azione che normalmente compie in contesto diverso;
c) il bambino usa la parola per designare azioni di altri;	c) il bambino finge di compiere con altri azioni che altri fanno con lui;
d) il bambino usa la parola per categorizzare azioni.	d) il bambino gioca con gli oggetti fingendo che siano altro da quello che sono.

Possiamo concludere che la capacità simbolica può manifestarsi sia nel comportamento che nella parola.

Come aiutare dunque questo processo estremamente complesso?

Occorre innanzitutto entrare in rapporto con la persona handicappata, capire quali siano i canali comunicativi più adeguati, sintonizzarsi, per così dire, sulla stessa lunghezza d'onda: in generale per quanto riguarda la modalità occorrono frasi brevi sintatticamente semplici, tratte da un vocabolario ristretto, con una intonazione ben evidente e con un contenuto adeguato alle possibilità di comprensione.

III. *Canali comunicativi principali*

È già stato detto che il fondamento di tutta la nostra metodologia è il *rapporto,* ma il rapporto inteso come occasione di *incontro,* altrimenti anche il rapporto può diventare qualcosa di rigido e formale e non rappresentare più una novità tra due persone.

Ora, questa possibilità di incontro è lo scopo del rapporto e quello che incontro non è la patologia dell'altro, le sue difficoltà, le sue capacità, le sue caratteristiche,... ma ciò che incontro è un « tu », un altro con un nome ben preciso, con una sua unicità e viceversa l'altro incontra me. Questo è il motivo per cui nel nostro lavoro educativo e riabilitativo diamo molta importanza alla comunicazione.

Essa è da una parte uno strumento (come entrare in rapporto con un sordomuto? per esempio), che va imparato e affinato; dall'altra è una dimensione. Inoltre è anche un fattore che « costringe » ad una attenzione alla realtà della persona, non ad un'idea di essa.

Se è vero che questa capacità di entrare in comunicazione è qualcosa che può essere imparato, perfezionato, ciò che deve stare all'origine è, in ogni caso, l'interesse per l'altra persona. Solo se c'è questo interesse uno ricerca le strategie più adeguate per entrare in comunicazione: e questo desiderio non è qualcosa che si può « studiare ».

Ciò che è innegabile è l'importanza del processo comunicativo, soprattutto se si riflette che *tutto è comunicazione.* Ogni nostro comportamento è una forma di comunicazione al punto che si può forse dire che è impossibile non comunicare: nella intenzione l'attività, ma anche l'inattività, la parola, il silenzio, i gesti... hanno valore di messaggio.

Abitualmente tendiamo ad usare prioritariamente la comunicazione verbale e a considerare solo questa come comunicazione. E vero che questa è la più esplicita e tutto sommato la più rassicurante, ma non è certamente l'unica.

L'adulto, anche se non è cosciente, continua ad usare tutta la gamma della comunicazione non verbale: i gesti, il contatto oculare, il contatto fisico (legato ad alcune situazioni), la posizione del corpo, l'espressione del volto, il tono, la voce, il ritmo e la ca-

denza delle parole, apportando una quantità di informazioni preziose e a volte indispensabili, che è abituato ad utilizzare senza quasi accorgersi, al punto che la loro importanza gli si rivela solo in circostanze particolari. Attraverso lo stesso messaggio verbale, variando gli aspetti non verbali del comportamento si trasmettono contenuti in-terni di vario genere: la fretta, l'interesse, la partecipazione, la rabbia, il disappunto, ecc... Allo stesso modo il pianto, il grido, il sorriso, i gesti,... rappresentano per il bambino piccolissimo i componenti più primitivi attraverso i quali egli cerca di far capire i suoi bisogni e sono il mezzo per mettersi in relazione con il mondo. A mano a mano che il bambino cresce arricchisce via via queste modalità non verbali di comunicazione: egli ha a sua disposizione di-versi strumenti per potersi esprimere e per comprendere i messaggi: l'espressione del viso, l'intonazione della voce, l'attività motoria in generale, i gesti, le azioni, i giochi, le produzioni grafico-pittoriche,... fino ad arrivare alla parola, alla parola frase, alla frase vera e propria.

Nel soggetto handicappato è proprio questa evoluzione ad esse-re interrotta o ad essere, in qualche modo, « difficoltosa ». Per questo è importante fare un'osservazione accurata per valutare dove si è fermata tale evoluzione, dove sono presenti le difficoltà, di quale livello siano: questo è estremamente importante proprio per evitare di mandare messaggi « confusi » o « incomprensibili » per il soggetto. Lavorando con soggetti handicappati come i nostri, molto spesso, occorre far attenzione ai canali, a cui spesso non si presta attenzione, perché non sono canali comunicativi « normali », o meglio quelli più comunemente usati nella vita di tutti i giorni. Si passa da situazioni estreme in cui la comunicazione è interrotta e ferma ai primissimi stadi evolutivi, a situazioni in cui è presente una produzione verbale ricca che tuttavia non sembra avere una intenzionalità comunicativa.

E davvero fondamentale partire da una posizione che « faccia la fatica » di leggere e valorizzare tutto ciò che può aiutare ad incontrare l'altra persona.

Non ci sono « ricette », anche se conosco alla perfezione il linguaggio del corpo, la comunicazione verbale, ecc., perché è in quel-la situazione, e soprattutto con quella persona, che devo entrare in rapporto. La ricerca delle modalità comunicative alterna-

tive sta all'interno di quest'ottica: se c'è la motivazione, si approfondisce e si studia: la nostra storia ha evidenziato questo. Parlando di canali comunicativi va subito affermato che non ci sono canali comunicativi per handicappati e per sani, ma canali più o meno adeguati a seconda delle difficoltà e delle capacità.

In realtà spesso si deve risalire alle primissime fasi della comunicazione, e le primissime fasi sono legate al corpo. Il bambino per comunicare non aspetta il momento in cui tutte le strutture neuro-anatomiche sono pronte per la produzione linguistica. Sin dal primo momento della nascita (la comunicazione avviene anche prima a livello delle stimolazioni tattili e di pressione all'interno del grembo materno), il neonato e la madre si capiscono attraverso l'oralità, le manipolazioni, i contatti, i vocalizzi, il grido, il pianto, il sorriso, lo sguardo, le manifestazioni e le modificazioni toniche e posturali, i movimenti riflessi involontari e intenzionali.

Queste prime modalità di scambio sono fonte di soddisfazione e piacere per entrambi e vengono ad assumere gradualmente un valore significativo che diventerà la premessa per il futuro scambio verbale. Questo significa che la parola non compare come per incanto (15/18 mesi), ma ha le sue profonde radici nel corpo, in quell'esperienza corporea con un altro corpo significativo. L'origine della comunicazione è nel corpo e lo sviluppo di essa viene sempre assicurato dalla mediazione corporea.

In linea generale la comunicazione si attua su tre livelli:

TONICO

TONICO - GESTUALE

VERBALE.

Queste tre forme di comunicazione emergono successivamente appoggiandosi una sull'altra e se nei primi mesi è prevalente l'aspetto corporeo in seguito i dati si invertono.

Dialogo tonico

La prima modalità di comunicazione con il mondo esterno da parte di ogni persona si attua attraverso il tono, o meglio, la sua modulazione tonica. Il dialogo tonico è una relazione tra due perso-ne, proprio perché è attraverso la modulazione tonica che si

ha la percezione dell'esistenza di sé e dell'altro come esseri viventi. Questo dialogo viene messo in atto con tutte le funzioni sensoriali in quanto ogni eccitazione di qualsiasi recettore sensoriale va a modificare l'organizzazione tonica.

Quando si parla di comunicazione in essa è implicita, ancor prima della capacità di parlare, quella di agire, di fare, quella dell'azione.

Di quale tipo di azione si tratta?

Azione implica movimento, e i primo movimenti come espressione di un individuo sono quelli di tipo tonico. Sappiamo che è il tono in un primo momento a introdurre nel neonato il movimento, anche se di tipo riflesso, che solo in seguito diventerà intenzionale.

Nel dialogo tonico con la madre, dialogo in cui si alternano momenti di tensione-rilassamento, legati alla soddisfazione o meno dei propri bisogni fisiologici, sensoriali e pulsionali, il bambino ha la possibilità di percepire la presenza del proprio corpo nella sua duplice realtà (tensione-distensione) e di utilizzare il movimento per scoprire la realtà nelle sue diverse modalità. E con questo tono che il bambino vive ed esprime le proprie emozioni e coglie quelle altrui, che esteriorizza le sue intenzioni e coglie quelle altrui.

E in questo dialogo tonico che si viene a strutturare la *fiducia di base* verso di sé e verso l'altro. E da questo dialogo che in assenza dell'altro nasce la sensazione che manca qualcosa al proprio corpo, cioè manca chi può soddisfare in maniera adeguata ed immediata il proprio bisogno corporeo.

La mancata presenza del corpo-risposta della madre all'emergere di un bisogno evidenzia il desiderio, la cosiddetta spinta motivazionale, e di conseguenza inizia a comparire il pensiero che serve a riempire in altro modo questa mancata risposta, questa presenza corporea, e il « concetto » dell'altro via via inizierà a sostituire il « corpo-presenza » dell'altro.

La frustrazione (come assenza dell'altro) obbliga così a orientare e a strutturare il desiderio di comunicare, che sta alla base di ogni comunicazione.

Dialogo tonico-gestuale

Al dialogo tonico, che richiede la presenza fisica e la vicinanza altrui si aggiunge quello gestuale, rendendo la comunicazione più complessa e precisa grazie soprattutto allo sviluppo delle funzioni propriamente motorie.

In particolare sono:

—la comparsa della intenzionalità dei movimenti degli arti superiori;

—la graduale acquisizione delle capacità di rotolare, premessa alla posizione verticale.

Queste funzioni portano il bambino a sperimentare in continuazione frustrazione/soddisfazione, tensione/attesa/dispersione movimento/immobilità. Qui cominceranno a delinearsi le prime esperienze relative allo spazio e al tempo, parametri-base nella strutturazione del linguaggio parlato.

Il movimento, così, comincia a diventare intenzionale, e poi gesto, grazie all'interazione costante con la madre che riconosce il significato di certi movimenti del bambino.

Il gesto, la postura, l'uso dello spazio, la realizzazione del movimento nel tempo cominciano a diventare la traduzione di un messaggio da parte del bambino alla madre.

Dialogo verbale

Il dialogo gestuale è proiettato all'esterno, ma è comunque sempre limitato ed « obbligato » al corpo. Su questi due modelli di comunicazione (tonica e gestuale), e grazie alla maturazione della corteccia cerebrale, si arriva a costituire e sviluppare ed infine anche a consolidare il linguaggio verbale, come funzione più finemente organizzata. Anche il linguaggio verbale, prima di poter funzionare autonomamente, nella propria evoluzione ripercorre le due tappe precedenti:

—stadio della *lallazione,* come espressione tonico-motoria e globale del corpo del bambino;

—stadio della *imitazione,* come capacità di selezionare e riprodurre suoni;
—fino al linguaggio verbale propriamente detto.

Il bambino fino a sei sette anni non usa, come mezzo privilegiato, il linguaggio verbale, anche se parla in maniera funzionalmente corretta: al di là delle parole prevale lui il linguaggio corporeo, sia tonico che gestuale.

E con la maturazione del sistema nervoso e l'acquisizione del pensiero operatorio che il bambino comincerà ad usare il linguaggio in maniera maggiormente autonoma rispetto al corpo. Questo punto è molto importante quando si lavora per al riabilitazione del linguaggio proprio per arrivare meglio a comprendere disturbi della comunicazione. Va ricordato anche, a questo proposito, che la parola, il linguaggio che si osserva in soggetti handicappati (là dove è presente) è spesso povero, ripetitivo, se non addirittura stereotipato.

In effetti il linguaggio è più che una successione ordinata e significativa di parole: esso è lo specchio dei pensieri e dei sentimenti di una persona e riflette inoltre sia un livello di astrazione che la quantità e la qualità di esperienze vissute. E noto che a povertà di esperienze e stimolazioni ambientali, corrisponde povertà di linguaggio (anche nel bambino cosiddetto « normale »): con la persona handicappata occorre proprio favorire questo tipo di stimolazioni ambientali, graduandole, per avere dei miglioramenti del linguaggio. Detto questo occorre però sottolineare che una osservazione del linguaggio verbale, quando ci sono dei problemi (disturbi di tipo foniatrico, per es.), non è facile e non si può assolutamente « improvvisare ».

C'è una osservazione che anche l'educatore, l'operatore può fare, ma deve comunque partire da un inquadramento delle cause e del tipo di disturbo: occorre una diagnosi foniatrica. Per questo è indispensabile la consulenza di specialisti. Attraverso la valutazione dello specialista si può arrivare a definire il quadro patologico e le possibilità di intervento.

E importante aver chiaro questo prima di iniziare qualsiasi attività riabilitativa, anche per evitare a sé e all'altro frustrazioni inutili.

Nell'ambito della valutazione le difficoltà maggiori sono dovu-

te al fatto che manca ancora un organico e completo inquadramento delle alterazioni comunicative dell'età evolutiva e non sempre la nomenclatura dei sintomi e delle sindromi foniatriche è riconosciuta universalmente. Noi ci rifacciamo alla nomenclatura attuale delle sindromi foniatriche e dei sintomi utilizzata dall'Unione Foniatri Europei. E solo sulla base di un inquadramento ed una valutazione precisi, come già ricordato, che si può formulare un programma di intervento per favorire la capacità comunicativa verbale, capacità che, a volte, può anche richiedere una rieducazione dello specialista. Essa comunque va collocata sullo sfondo di un intervento strettamente legato al lavoro educativo, che non è sostituibile da nessuna rieducazione specialistica.

In sintesi, teniamo presente che i fattori fondamentali della comunicazione sono:

emittente: colui che comunica una informazione, un messaggio;
ricevente: (destinatario) colui al quale è rivolta l'informazione;
contesto: in che momento la comunicazione avviene? Dove? Con chi? In quale situazione?
contatto: il mezzo o i mezzi coi quali si comunica (linguaggio, telefono, radio, TV,...)
codice: la conoscenza dei segni usati nella comunicazione.

Ogni comunicazione contiene in sé un aspetto di *contenuto* e di *relazione* ed è la relazione che qualifica il contenuto. I criteri che devono guidare l'emittente nella costruzione del messaggio sono:

— l'adeguatezza del codice;
— l'attenzione a sé e all'altro;
— le capacità di percezione e di comprensione del ricevente.

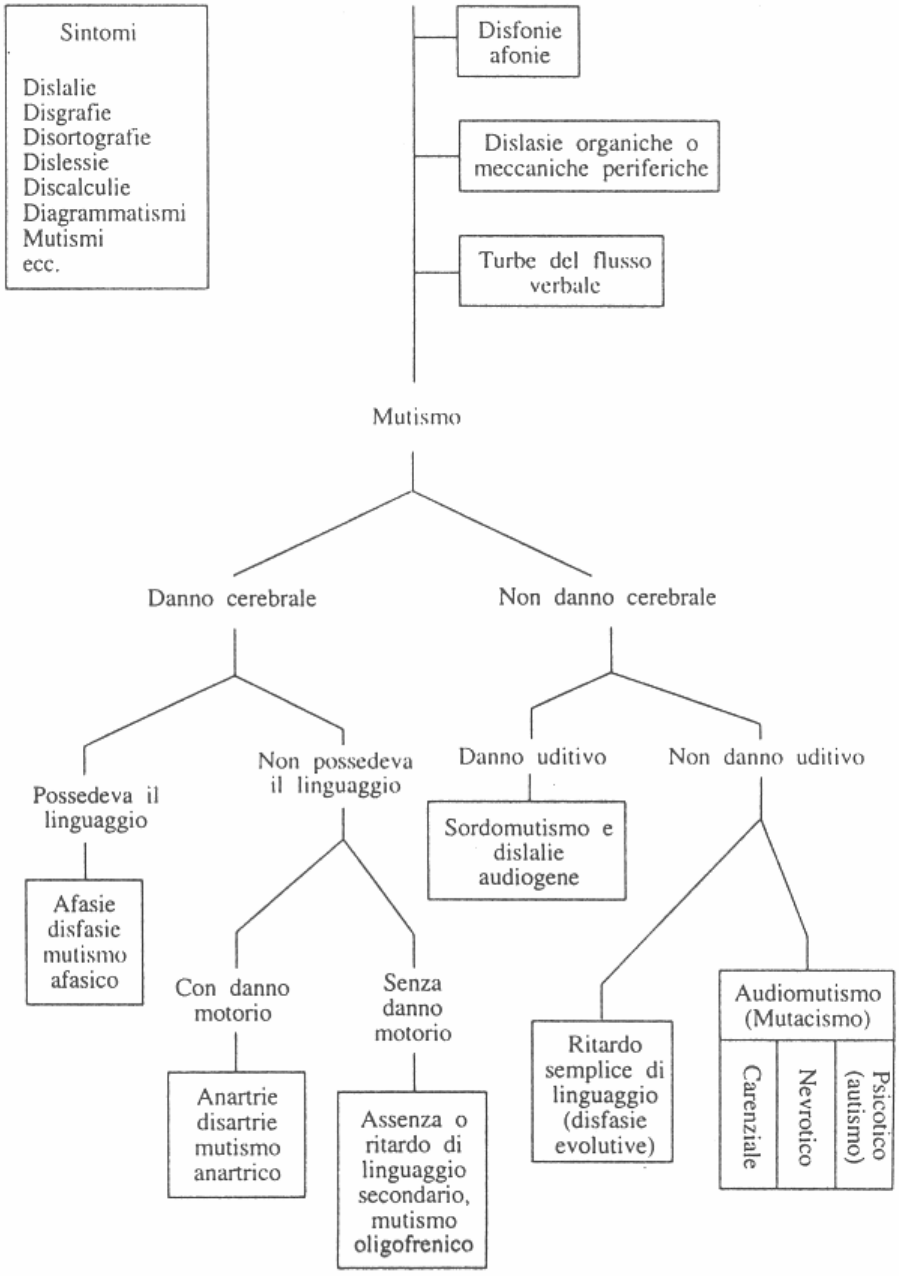
Quando nel comunicare non si tengono in dovuto conto gli elementi indicati, si corre il rischio di creare, come già in precedenza affermato, distorsioni e disturbi nel messaggio che possono essere determinati da:

a) fattori personali di tipo *emotivo* (ansia, irritazione, risentimen-

to), *fisico* (stanchezza, sordità), *intellettivo* (linguaggio, logica concreta/astratta);
b) fattori ambientali di tipo *fisico* (rumori, suoni, disturbi), *sociali* (presenza di altre persone).

— Riportiamo, qui di seguito, un possibile inquadramento dei disturbi del linguaggio, e una scheda come spunto operativo per valutare la situazione.

SINTOMI E SINDROMI FONIATRICHE



1) *Disfonie o afonie* (patologia organica e funzionale dell'effettore laringeo)
2 *Dislalie organiche o meccaniche periferiche* (patologia organica delle cavità degli organi di risonanza e di articolazione)
3) *Turbe del flusso verbale* (balbuzie, farfugliamento, tachilalia)
4) *Afasie, disfasie o mutismo afasico* (tutte le alterazioni dei vari canali comunicativi dovute ad un danno organico *acquisito* a li-vello della codificazione e della decodificazione dei messaggi)
5) *Anartrie, disartrie o mutismo anartrico* (tutte le alterazioni dei vari canali comunicativi espressivi dovute ad una alterazione del primo motoneurone e quindi non solo quelle presenti in soggetti spastici)
6) *Assenza o ritardo di linguaggio secondario o mutismo oligofrenico* (qualsiasi alterazione dei vari canali comunicativi a livello impressivo, espressivo, integrativo, secondaria ad una lesione organica encefalica congenita o acquisita, indipendente o associata alle alterazioni di cui ai punti 4 e 5)
7) *Sordomutismo o dislalie audiogene* (alterazioni comunicative dovute ad un'alterazione congenita o acquisita dall'organo sensoriale uditivo periferico)
8) *Ritardo semplice del linguaggio* (tutti i ritardi comunicativi di qualsiasi canale, spesso, associati ad analoghi ritardi motori, in soggetti senza lesioni organiche, encefaliche o sensoriali e senza turbe psicoaffettive o socioculturali)
9) *Audiomutismi o mutacismi, carenziale, nevrotico o psichico* (tutte le alterazioni comunicative su tutti i versanti di tutti i canali nei soggetti con turbe psicoaffettive o socioculturali, senza danni organici encefalici o sensoriali e diversi dei soggetti di cui al punto 8).

cfr. Sala, Schindler, Tremontani, *Fisiologia evolutiva della comunicazione,* Edizione OMEGA, Torino 1983.

IV. *Scheda di valutazione*

1) Come comunica correntemente?
- È cambiato il modo di comunicare dall'insorgenza del disturbo al presente? .....
2) Quali sono i bisogni comunicativi? .....

- Il modo di comunicare usato soddisfa questi bisogni?
3) Qual è la comprensione della comunicazione non verbale?..
   - Qual è la comprensione della comunicazione verbale?
4) Qual è la comprensione della lettura? .....
   - Qual è la comprensione della scrittura? .....
5) Possiede un modo comprensibile ed affidabile per comunicare il sì e il no? Qual è... .....
6) Quali messaggi è im grado di comunicare: .....
   a) con la parola? .....
   b) con la scrittura? .....
   c) con il gesto .....
7) I messaggi che è in grado di comunicare sono comprensibili dall'interlocutore? .....
   a) quelli verbali? .....
   b) quelli gestuali? .....
   c) quelli scritti? .....
8) Se è un bambino, c'è corrispondenza fra la capacità comunicativa (espressione-compressione) e la sua età evolutiva?
9) La funzione del linguaggio interno, sia verbale che non verbale, è adeguata alla sua età evolutiva? .....

Motricità

1) E presente un disturbo neuromuscolare o un'aprassia? (procedere con la domanda seguente solo in caso di risposta affermativa)
2) Le funzioni motorie delle arti superiori consentono:
   a) il linguaggio dei segni manuali? .....
   b) l'uso di una macchina da scrivere comune? ...
   c) la scrittura? (procedere con la domanda seguente solo in caso di risposta negativa)
3) Le funzioni motorie degli arti superiori consentono di:
   a) indicare le componenti del messaggio su uno schermo di comunicazione?.....
      come? .....
   b) azionare un interruttore elettronico? .....

come? .....
di che tipo? (procedere con la domanda successiva solo in caso di risposta negativa)
4) La funzione motoria dei muscoli della faccia, del capo e del collo è adeguata per:
a) la comunicazione gestuale? .....
b) indicare le componenti del messaggio su uno schermo di comunicazione? .....
come? .....
c) azionare un interruttore elettronico? .....
come? .....
di che tipo? (procedere con la domanda successiva solo in caso di risposta negativa)
5) La funzione motoria di uno qualunque dei muscoli è adeguata per azionare un mio-interruttore? .....
di che tipo? .....

Stato sensoriale

Udito

1) E presente un'ipoacusia? .....
2) Sono presenti:
agnosia uditiva? .....
altri disturbi percettivi uditivi? .....
disturbi della memoria uditiva? .....
3) È presente un'afasia di decodificazione? .....
quanto interferisce con la comprensione verbale? .....

Vista

1) E presente una perdita della acuità visiva? .....
è presente una perdita del campo visivo? .....
di quale problema si tratta? .....
2) Sono presenti:
agnosia visiva? .....
altri disturbi percettivi visivi? .....
disturbi della memoria visiva? .....

se la risposta è affermativa, quanto interferiscono con:
a) la lettura? .....
b) il battere a macchina? .....
c) indicare le componenti del messaggio su uno schermo?
d) azionare un interruttore elettronico? .....
3) È presente una dislessia o una alessia? .....
quanto interferisce con la lettura? .....

Sensibilità tattile kinestesica propriocettiva

1) È presente un deficit della capacità tattile, kinestetica, propriocettiva? .....
qual'è? .....
di quale grado? .....

Livello integrativo

1) È presente:
a) un ritardo intellettivo? .....
b) una psicosi? .....
c) qualsiasi altra condizione che comprometta la funzione cognitiva? .....
se sì, qual'è? .....
interferisce con:
a) il miglioramento della compressione verbale?
b) la comprensione della comunicazione gestuale?
c) la comprensione del messaggio scritto? .....

Capitolo 10

LA TERZA DIRETTIVA DI INTERVENTO:
la conoscenza del reale

Alcune osservazioni in merito:

1) Muovendoci in quest'ambito riduciamo il termine « reale »
   — che, di per sé, comprende tutto, anche la realtà delle persone
   — intendendo la sola realtà materiale,la realtà « delle cose ». Si tratta di « aprire gli occhi » su di essa e ciò non è per nulla scontato, soprattutto nei ragazzi che abbiamo di fronte.

La prima modalità del conoscere (inteso come « energia umana implicata a fronte di un oggetto ») ci sembra essere la PERCEZIONE. Essa si costruisce sulle *sensazioni* (impulsi elementari che corrono sulle fibre nervose e che richiedono la loro integrità) ma è già un evento complesso, consistente nel riconoscere, integrandole, informazioni provenienti dall'esterno. La percezione è quindi un processo da cui ricaviamo notizie sul mondo.
Essa ha caratteristiche particolari:
è immediata;
è oggettiva (nel senso che è in rapporto col mondo esterno);
è globale e unitaria (porta a sintesi complesse più informazioni elementari).
Su questa direttiva ci interessa la percezione degli oggetti (escludiamo, ripetiamo, la « percezione sociale », intesa come « in-contro con l'altra persona », pur sapendo che esistono situazioni di patologia in cui l'altro è ridotto a « cosa », ma questo è tema riguardante la II direttiva):

2) Dire che la percezione è oggettiva non significa ricadere in quello che Canestrari definisce « un realismo ingenuo »: occorre ricordare che cogliamo, in ogni caso, non tutto quello che esiste, ma quello per cui abbiamo canali ricettivi adatti (ad esempio non siamo capaci di percepire visivamente i raggi ultravioletti anche se questi ci ab-

bronzano, lo stesso è per gli ultrasuoni sul piano dell'udito).
In sostanza: la percezione è l'esito di un processo di ricostruzione della realtà dell'oggetto in cui intervengono fattori legati all'oggetto stesso, ma anche attività proprie di quel singolo soggetto.

3) Negli oggetti che prendiamo in esame possiamo distinguere:
— qualità sensoriali o semplici (caldo, freddo, dolce,...);
— qualità globali o formali:
—
a) strutturali (esempio: la forma dell'oggetto);
b) espressive (esempio: « dolce » può essere usato anche per un suono).
c)

Imparare a rilevare le caratteristiche espressive significa affinare la capacità di discriminare oggetti o situazioni, non semplice-mente reagire « empaticamente » di fronte ad essi. Per la lettura di questo fenomeno, e più in generale nelle osservazioni che andiamo facendo, ci sembra più realistica la posizione della psicologia della Gestalt, rispetto a quella associazionistica.
Se è vero poi che la percezione è l'esito di caratteristiche dell'oggetto e di fattori inerenti il soggetto, occorre ricordare anche che:

— tra le qualità, quelle più « oggettive » sono le prime;
— tra i fattori umani, il desiderio, la motivazione, l'attenzione, la memoria, sono quelle che influenzano maggiormente l'esito del processo.

4) Arrivare a conoscere partendo dalla percezione significa arrivare alla *rappresentazione* mentale di ciò che ho fisicamente davanti, cioè a ciò che Piaget ha chiamato « nozione d'oggetto », laddove l'oggetto stesso è definito come « complesso plurisensoriale, permanente, esterno all'Io, sostanziale ». Il neonato non presenta tale capacità in quanto vive in un universo di « quadri percettivi », mobili, plastici, completamente centrati sulla sua attività: non ci sono, per lui, oggetti permanenti, spazio e tempo oggettivo, causalità esterna a lui stesso. Secondo Piaget il bambino perviene alla « nozione d'oggetto »

entro i primi 18-20 mesi, passando attraverso i sei stadi dell'intelligenza senso-motoria.

5) Occorre anche ricordare che, secondo taluni studiosi di neuropsicologia, esistono due modalità di funzionamento a livello cerebrale:

a) il metacircuito primario, a cui giungono le percezioni e da cui partono gli schemi motori;
b) il metacircuito secondario, in cui percezioni e schemi motori vengono arichiviati ed elaborati.

Nel metacircuito secondario avvengono tutte le operazioni di pensiero, ma ogni azione concreta si attua ripassando da quello primario, essendo quest'ultimo l'unico ad avere competenza fattuale. Riteniamo di poter parlare di processi intellettivi intendendo i processi di trasferimento da « a » e « b », in cui sono implicati alcuni presupposti funzionali essenziali quali:

- la memoria:
fondamento di ogni apprendimento. Ricordare significa attivare uno schema operativo, tradurlo in un codice, riempirlo di elementi;
- l'attenzione:
portea d'entrata, per così dire, della memoria, è il sistema di controllo delle operazioni percettive che modula l'elaborazione;
- la motivazione:
quella umana differisce da quella di ogni altro essere vivente in quanto sistema aperto dotato di modelli flessibili;
- i codici:
riferimenti costanti (di tipo visivo, tattile, acustico,...) su cui si articola l'elaborazione mentale, consiste in processi di trasferimento, nella sintesi di elementi costanti, nella creazione di modelli, nella collocazione adeguata dei dati.

6) Tutto ciò, in termini generali, è l'attività del conoscere. Lasciando da parte le diatribe sulla teoria dell'apprendimento diamo qui di seguito alcune linee operative che stiamo sperimentando.

Alcuni spunti operativi

1) La valutazione della capacità cognitiva nei ragazzi che frequentano il Centro socio educativo viene fatta dagli educatori di riferimento all'interno di quel rapporto significativo e una volta che ci si sia orientati sulla I e sulla II direttiva.
2) Non è tanto importante il « che cosa » fare, quanto il « come ». E apparso importante ripartire dall'azione diretta, cioè dall'esperienza pratica, individuando i canali percettivi più utili.
3) Ci muoviamo verso due obiettivi generali:
a) riabilitazione dei presupposti funzionali;
b) acquisizione, fissazione ed elaborazione di nuovi contenuti.
Valutando:
—tipo di registrazione del dato di realtà;
—tipo di organizzazione del dato registrato;
—livello e modalità di rappresentazione.
4) Non abbiamo limiti di età nell'avviare questo lavoro, ma solo limiti verificati all'interno delle direttive precedenti.
5) Le attività di apprendimento dovrebbero dunque essere:

Evocative: cioè mirare a ricostruire l'esperienza diretta attraverso le modalità rappresentative (imitazione corporea, drammatizzazione verbale) mantenendo comunque un riferimento analogico alla reali
Differenziate:, cioè devono esperire diverse modalità rappresentative in modo da facilitare nel soggetto lo sforzo di decontestualizzare l'esperienza diretta e stimolare la consapevolezza analogica.
Progressive: cioè devono svolgersi secondo un itinerario che tracci un graduale distanziamento rispetto alla realtà: dalla rappresentazione grafico-iconica — che è la più vicina e dipendente — fino alla rappresentazione simbolica e verbale — che è la più lontana e convenzionale.
Mediate: cioè si devono qualificare attraverso un uso intensivo e diffuso di intermedianti capaci di stimolare la funzione simbolica del soggetto e promuovere il suo potenziale di rappresentazione.

Si vuole cioè procedere attraverso una « didattica indiretta », nel senso che l'educatore deve predisporre tutte le condizioni più efficaci e motivanti (si possono intendere come mediatori anche i pari

età e gli oggetti).

Per quanto riguarda la scelta del materiale e dei sussidi, questi devono favorire:

- la capacità di suggerire un *contesto di senso,* cioè una rappresentazione della realtà (occorre perciò individuare con precisione soggetti, azioni, spazi, tempi);
- la capacità di *integrazione, cioè* di associare tra loro aspetti diversi della stessa direttiva oppure attività afferenti a direttive diverse;
- la capacità di *rappresentazione multipla, cioè* di forme diverse di simbolizzazione (da quelle più vincolate alla realtà a quelle più astratte);
- la capacità di *socializzazione* in piccolo o grande gruppo.

In sintesi: l'attività cognitiva, deve favorire il passaggio dalla conoscenza mediante l'azione diretta, ad una fase dove è il pensiero a guidare l'esperienza. Questo vuoi dire:

a) consolidare ed estendere la conoscenza pratica
b) accompagnare progressivamente ad una rappresentazione menta-le della realtà, anticipando i fatti e progettando l'azione mediante la combinazione di segni e di significati.
Si passa quindi dall'operare con gli oggetti circostanti all'operare in loro assenza attraverso immagini mentali.

6) Il traguardo *è* rappresentato dalla maturazione della coscienza di OGGETTIVITÀ, RELATIVITÀ, RECIPROCITÀ mediante categorie logico/matematiche, causali, spaziali e temporali.

Dall'iniziale presa di coscienza basata per Io più su dati percettivi, il soggetto giunge a rappresentazioni mentali più mobili e più manipolabili, via via arricchendole e modificandole.

In questo processo assumono un ruolo primario i linguaggi e il rapporto con l'altro (nel linguaggio le immagini mentali mantengono con la realtà un legame garantito da segni, segnali e simboli).

7) Ecco, ad esempio, come valutare e favorire la registrazione del dato di realtà. Si può proporre un tipo di conoscenza pratica (se-

condo un criterio di gradualità) riguardante:

a) gli oggetti e gli ambienti del mondo esterno (dai più fa miliari e semplici — Centro socio educativo, famiglia e scuola — ai più complessi — extra Centro socio educativo, extrafamiliari e extrascuola);
b) le attività che richiedono organizzazione e interazione sociale attraverso: l'azione diretta libera (consente la verifica dei conte nuti), l'azione diretta guidata (consente la verifica dei prerequisiti e dei contenuti), l'attività osservativa, in un esercizio individuale, in un esercizio di gruppo.

Occorre quindi che l'educatore selezioni le esperienze e ne favorisca l'espressione attraverso il riutilizzo del materiale relativo all'esperienza stessa, l'attività ludica, la rappresentazione visiva (dal-la videoregistrazione alla fotografia, all'immagine stampata), la rappresentazione grafico-pittorica (il disegno, inizialmente fatto dall'operatore), e plastico-iconica (usando materiale malleabile), la verbalizzazione circa gli oggetti conosciuti e le azioni svolte, la rappresentazione mimico gestuale con maschere o burattini.

Tale percorso può essere effettuato in entrambi i sensi: sia come sintesi dell'attività sia come presupposto per l'attività.

8) Per sviluppare la capacità di organizzazione dei dati di realtà, si può partire dalle categorie fondamentali per la vita di chiunque. Ad esempio, per la *categoria spaziale* il percorso consiste nel passare dalle intuizioni spaziali più elementari (vicinanza, separazione, inclusione,...) di tipo topologico (acquisite precedentemente a livello percettivo) alla rappresentazione dello spazio in senso proiettivo, cioè dello spazio a seconda del punto di vista dal quale si osservano le cose (destra, sinistra, sotto,...). Indicazioni più operative si possono trovare in un libro già pubblicato dalla Cooperativa e intitolato « Un'occasione in più » (vedi dopo).

Ugualmente per la *categoria temporale, si* parte dal riconoscimento del tempo locale (l'adesso) (in rapporto ad un inizio ed una fine), si passa al riconoscimento del rapporto di successione temporale oggettiva (prima e dopo): a questo livello la fase temporale e spaziale sono unite; infine si propone la separazione della categoria spaziale da quella temporale (mentre, quando, durante, intanto e...

dove).

Il percorso può essere caratterizzato sia dal ricorso ad azioni conosciute sia a punti di riferimento fissi (progressivamente riferiti al giorno, alla settimana, al mese,...).

Successivamente si può anche arrivare al concetto di durata e di intensità. A questo proposito assumono grande importanza il racconto di esperienze vissute o di storie attraverso la verbalizzazione e la drammatizzazione. La comprensione delle sequenze temporali è maggiore se si stabilisce una corrispondenza con l'ordine spaziale.

Le attività didattiche finalizzate alla presa di coscienza delle strutture spazio-temporali devono collocarsi al punto di raccordo tra il momento percettivo vissuto e quello rappresentativo immaginato passando attraverso l'uso dei segni convenzionali sempre più astratti, dall'azione al gioco, dal linguaggio verbale al disegno.

È utile che l'educatore selezioni le esperienze dirette e indi-rette adatte ad attivare la costruzione delle nozioni, a cominciare da quelle spaziali per integrare progressivamente anche quelle temporali; favorisca le rappresentazioni delle esperienze secondo forme ludiche, grafiche e verbali; promuova la discussione sulla rappresentazione delle esperienze, comuni e non, allo scopo di coordinare i punti di vista conflittuali, lasciando che sia la coerenza interna alla comunicazione a risolvere i problemi e a far progredire nell'uso delle nozioni spazio-temporali; intervenga con opportune domande sul significato attribuito alle nozioni usate, prestando attenzione ai procedimenti di argomentazione seguiti dal ragazzo, anche se rudimentali.

Per quanto riguarda la *categoria causale,* occorre far cogliere al ragazzo le connessioni causali governate da leggi fisiche di cui prima ha coscienza dal punto di vista percettivo, le connessioni causali determinate da azioni volontarie (sue o di altri), e infine le connessioni casuali.

Il percorso è caratterizzato da una progressiva separazione e differenziazione tra questi tre tipi.

L'educatore deve:

- promuovere azioni che il ragazzo compie sugli oggetti (spingere, far rotolare, lasciare, tirare, battere, sollevare, soffiare,...);

- promuovere azioni che consentono al ragazzo di rilevare i risvolti ottenuti;
- valutare la familiarità o l'estraneità dell'oggetto;
- cominciare da attività che non richiedano alcuna organizzazione sociale, e partendo da esercitazioni individuali;
- favorire il passaggio da attività individuale e attività cooperati-va, di interazione con gli altri, attraverso il paragone delle osservazioni, delle idee,...;
- fare domande per stimolare l'analisi dell'esperienza come ad esempio stimolare la presa di coscienza del modo in cui l'effetto voluto è stato prodotto (« come hai fatto a...? »), cercare di spiegare le cause (« perché hai fatto così...? oppure perché è successo che...? »).

E importante inoltre comprendere che cosa pensi spontaneamente il ragazzo.

Infine, per favorire lo sviluppo delle *categorie logico matematiche* il percorso metodologico consiste in:

- mettere in relazione oggetti, eventi, azioni;
- costruire insieme oggetti mobili e stabili corrispondenti;
- usare un linguaggio di quantificazione e di comparazione tra gruppi di oggetti (abbastanza, tanti, di più, di meno...)
- verificare procedimenti di ragionamento e di argomentazione.

Suggerimenti più approfonditi si possono trovare nel libro già citato, di cui diamo qui le indicazioni:

BETTINI, TOFFOLI, *Un'occasione in più,* Nicolini Editore, Varese. Il libro può essere richiesto alla segreteria de « L'Anaconda ».

Esempi di modalità operative sulla III direttiva

a) *Attività in cucina*

Contesto:
Cucina del Centro o un'area predisposta all'attività con i ragazzi. Obiettivi

conoscenza del luogo, degli attrezzi e del loro uso in rap-

porto ad azioni o a sequenze di azioni;
acquisizione di sequenze logiche e di azione;
saper eseguire in sequenza con altri una serie di azioni; saper memorizzare le sequenze imparate;

Modalità:

a. Gruppo formato al massimo da quattro ragazzi con un educato-re e possibilmente alcuni volontari (rapporto I : 3)

a.1 Nel lavoro individuale un volontario può sostituirsi all'educatore, da cui prende le consegne e con cui verifica il lavoro

b. Preparare il gruppo all'attività:

— identità di gruppo (chi c'è, chi manca)

— presentazione dell'attività

b.l Nel lavoro individuale:

— presentazione dell'attività...

c. Esecuzione dell'attività:

presentazione del progetto

esecuzione dell'educatore o del volontario

esecuzione guidata

esecuzione autonoma (quando è possibile)

d. Ripresa dell'attività:

— disposizione del gruppo intorno al tavolo nel luogo in cui è stata svolta la ricetta

— presenza di una figura di riferimento per tutto il gruppo

— ogni adulto sta seduto accanto al ragazzo con cui ha eseguito l'attività

— verbalizzazione dell'operazione eseguita

– ripresa grafica degli strumenti usati e dei passaggi eseguiti.

b) *Attività dell'apparecchiare la tavola*

Contesto:

Sala da pranzo

Obiettivi:

1) Favorire l'organizzazione spaziale. In particolare:

la capacità di riconoscere le coordinate spaziali (vicino, lontano, davanti, di fianco o a destra,...) in riferimento agli oggetti fra di loro;

la capacità di organizzare oggetti nello spazio secondo uno schema fisso (che può essere suggerito dall'educatore momento per momento durante l'azione del ragazzo)

— la capacità di classificare: capacità di riconoscere gli oggetti usati per il pasto, capacità di riporre gli oggetti al loro posto.

2) Favorire le capacità logico-matematiche: ad esempio la capacità di cogliere il concetto di: « di più », « di meno », « tanto quanto ».

Modalità:

Un educatore con uno o due ragazzi, aiuta a:

- raggruppare su un carrello, o su un piano vicino ai tavoli, l'oc-corrente per apparecchiare: piatti, bicchieri, posate, tovaglioli, bottiglie, pane,...
- predisporre le sedie in numero corrispondente ai commensali disporre un piatto in corrispondenza di ogni se-

dia

- disporre una forchetta al fianco (o dèstra) di ogni piatto disporre il coltello vicino ad ogni forchetta
- disporre un tovagliolo sopra ogni piatto
- disporre due bottiglie su ogni tavolo
- disporre un cestino di pane su ogni tavolo
- controllare se ci sono tutte le stoviglie o se ne mancano eventualmente mettere ciò che manca
- riporre al posto giusto le stoviglie avanzate.

c) *Attività didattica*

Contesto:

aula adibita a questa attività; un educatore segue due ragazzi: è bene che i due, pur con diverse sfumature abbiano raggiunto un livello affine di sviluppo cognitivo affinché possano valorizzarsi a vicenda e l'attività sia utile per entrambi.

Come strumenti si possono usare schede didattiche per la comprensione del testo attraverso immagini e quaderni personali dei ragazzi. Occorre avere materiale di cancelleria ad hoc.

Obiettivi:

1. Favorire lo sviluppo dei pre-requisiti cognitivi in rapporto ad un'attività già simbolica;
2. Favorire il mantenimento di capacità già presenti in rapporto a contenuti più tradizionalmente scolastici;
3. Favorire l'acquisizione di contenuti nuovi nell'ambito delle stesse capacità;

Modalità:

È consigliabile iniziare l' attività dopo avere esaurito discorsi

o problematiche che quotidianamente emergono nel rapporto con i ragazzi affinché il loro interesse e la loro concentrazione si possano focalizzare sull'attività. L'educatore presenta al ragazzo le schede che devono essere chiare, possibilmente colorate, e devono riferirsi a situazioni o oggetti di cui i ragazzi abbiano potuto fare esperienza concreta; l'educatore lascia che i ragazzi descrivano ciò che vedono e ciò che hanno compreso, poi pone domande al fine di indirizzare la loro attenzione. In genere le schede prevedono uno spazio in cui il ragazzo esegua delle *performances* che indichino il grado della sua comprensione; in questo caso l'educatore spiega cosa bisogna fare e aiuta nell'esecuzione anche attraverso ulteriori esempi o domande: in alcuni casi l'aiuto può essere anche materiale nel senso che l'educatore scrive o disegna al posto del ragazzo: in questo caso l'obiettivo è rilevare il livello di comprensione e non la capacità di esecuzione manuale della consegna.

Nel caso poi in cui il ragazzo non abbia svolto la consegna oppure quando si voglia verificare la generalizzazione del concetto il contenuto viene proposto con modalità diverse per poter escludere una comprensione puramente meccanica. Se invece si è verificata una difficoltà di concettualizzazione si tornerà a proporre al ragazzo l'esperienza concreta per facilitare i successivi passaggi logici. Queste schede vengono poi raccolte nel quaderno personale di ogni ragazzo.

Possono venir proposte anche schede per attività più libere in cui il ragazzo possa esprimersi; in questo caso l'attenzione dell'educatore è volta a proporre varie modalità di esecuzione tecnica, dando consigli, formulando domande, o dando un aiuto concreto dietro esplicita richiesta del ragazzo. L'obiettivo di questa parte di attività e quello di far emergere la singola creatività favorendo il prendere possesso di varie tecniche e modalità di espressione.

Capitolo 11

I RAPPORTI TRA IL CENTRO SOCIO EDUCATIVO E IL MONDO SCOLASTICO

L'attenzione ai risvolti cognitivi dell'educazione ha determinato due aspetti di sviluppo nel nostro lavoro: da un lato si è avviato un costante dialogo con l'istituzione scolastica: per questa attuiamo un servizio di consulenza su richiesta delle Presidenze e delle Direzioni, nei casi di inserimento di soggetti portatori di handicap grave, così come abbiamo svolto corsi di aggiornamento per insegnanti, richiesti dai vari Provveditorati agli Studi; dall'altro si sono coinvolti nel lavoro del Centro alcuni pedagogisti che sono interessati ad affrontare questi temi.

Un primo esito di questo impegno della Cooperativa sul versante cognitivo è l'edizione del libro già citato, scritto da un pedagogista e da un'educatrice, e l'approntamento di una « Griglia d'ingresso per l'osservazione », utile per i soggetti inseriti a scuola.

Entrambi questi strumenti sono disponibili presso il nostro Centro.

In questi anni ci siamo ulteriormente convinti che un lavoro su-gli aspetti cognitivi è fondamentale anche di fronte a situazioni di gravità, poiché rientra nell'ambito più generale della « consapevolezza » e della « libertà ». In una società come la nostra, fondata sul simbolo grafico o verbale, non favorirne l'acquisizione in chi, pur a fatica, può giungervi, ci sembra una scelta poco realistica. D'altra parte siamo ugualmente convinti che tale attività strutturale del-l'uomo può svolgersi in tutto l'arco del suo esistere, attraverso quell'intervento educativo che può essere svolto in famiglia, in ambiti diversi di convivenza, in strutture quali i Centro socio educativi.

Per quel che riguarda l'inserimento scolastico, esso non

può essere scelto ideologicamente come unico ambito di apprendimento (anche perché questo autorizza a non ricercare e meno ancora a realizzare ambiti più adatti). Alla scuola chiediamo tuttavia, d'accordo con molti che in essa quotidianamente lavorano, di ritrovare il valore educativo e la professionalità che le sono proprie, e che sia aperta a tutti i cittadini, secondo modalità adeguate ai singoli soggetti. Anche nella scuola la base di partenza è quel « rapporto educativo » le cui coordinate principali restano quelle accennate addietro, e già esistono, sparsi e poco appariscenti, segnali di ripresa in questo senso. Con gli insegnanti appassionati al proprio insostituibile lavoro, e in particolare con gli amici di DIESSE, continueremo a lavorare.

Capitolo 12

IL GIOCO: NATURA E CARATTERISTICHE

Natura

a) « Il gioco si prospetta non come l'attività del bambino e nemmeno come una attività sua, sebbene come la stessa apertura e disponibilità dello spirito ad un fare ed agire personale e proprio quando pare destino della condizione umana di ricondurci a contenderci via via, inavvertitamente la meraviglia del mondo e della vita, per relegarci nell'ordine impiegatizio della routine » (Volpicelli).

b) « Il gioco nella dinamica della vita spirituale è assai più che una attività tra le altre: è l'aspetto creativo della vita, per quel che ha di nuovo e di più personale » (Volpicelli).

La creatività è intesa come quel livello per cui l'uomo si rapporta, entra in contatto e trasforma la realtà.

In questo senso esso è, purtroppo, pressoché assente nei ragazzi che frequentano il Centro. Vederlo comparire è, dal nostro punto di vista, uno dei segni di miglioramento notevole della situazione.

c) L'attività ludica consiste di due componenti: quella biologica e quella psicologica. Infatti il gioco da una parte esprime il bisogno di crescere e di fare, soddisfa il desiderio di impadronirsi di una situazione in forma simbolica (Freud, Isaacs) e dall'altra il gioco esprime una funzione di adattamento dell'intelligenza alla realtà umana (Piaget, Griffiths).

L'attività ludica umana si fa sempre più complessa e articolata a mano a mano che procede lo sviluppo e la maturazione intellettuale e sociale.

Tuttavia « già nelle sue forme più semplici, il gioco è qualche cosa di più che un fenomeno puramente fisiologico o una reazione psichica fisiologicamente determinata. Il gioco come tale oltrepassa i limiti della attività puramente biologica; è una funzione che contiene un senso... L'intensità del gioco non è spiegata da nessuna analisi biologica » G. Huizinga).

Caratteristiche

-– Il gioco è libero: l'attività ludica è libera da ogni fine materiale, viene innanzitutto eseguita per un interesse immediato, non per il risultato, o per l'esito.

– Il gioco si svolge fuori della vita ordinaria: il gioco non è evasione dal reale, ma si pone come momento provvisorio, straordinario, dove la realtà assunta in questo contesto dal bambino non è corrispondente alla realtà effettiva, ma coincide con l'immagine, con l'idea, con il pensiero che egli se ne fa e che più gli conviene. Comunque quella realtà si impone come un « altro da sé » e quindi il fine del gioco è di adeguarsi ad essa, è rispondere il più compiutamente possibile a questa realtà « costruita », assunta come il vero, il modello. In questo consiste la ri-creazione. E si comprende anche perché sia presente una così appassionata e coinvolgente tensione, aspettativa, rischio.

– Il gioco è una lotta per qualche cosa: la posta in palio non è tanto il risultato materiale, ma che il gioco sia riuscito, che la realtà straordinaria e assunta come vera, sia realizzata.

– Il gioco si svolge dentro un ordine: il rispetto e l'obbedienza ad una regola posta e assunta volontariamente rende possibile e non fa degenerare il gioco.

Sinteticamente potremmo riunire in tre grandi componenti la funzione del gioco:

– componente estetica, per quella promessa di vita che l'individuo che gioca manifesta;

– componente etica, per quel sapere accettare l'altro per come si dà;

– componente conoscitiva, per l'impulso che agisce all'interno del-la sfera ludica.

Osservazioni

Il gioco manifesta l'attitudine della persona a rappresentarsi una realtà analoga a quella vera, dove effettuare le prime e fondamentali prove di sostituzione della realtà. Esso allora all'interno della fase di osservazione può rappresentare anche un momento terapeutico, evidenziando eventuali nuclei problematici presenti nella dinamica evolutiva del soggetto.

Schematicamente si può dire che questa si sviluppa secondo tre grandi categorie:

1. Il gioco percettivo-motorio (da 0 a 2 anni)
   — gioco sensoriale, di piacere dei 5 sensi
   — giochi ripetitivi
   — giochi di controllo del corpo
   — giochi per scoprire le capacità del corpo.
2. Il gioco simbolico (da 2 a 7 anni) (periodo rappresentativo) giochi per imitazione semplice giochi per imitazione complessa gioco simbolico rappresentativo gioco del « fare finta »
   — gioco simbolico in gruppo
3. Il gioco con regole (da 7 a 12 anni) (periodo operativo concreto e astratto)
   inizia l'interessamento al gioco con regole
   inizia l'interessamento al gioco con regole purché difficoltose (valore della preparazione del gioco)

N.B. Occorre prestare particolare attenzione a non identificare i comportamenti stereotipati con l'attività ludica.

Il gioco stereotipato rivela innanzitutto un carattere di non corrispondenza con l'età mentale del soggetto che lo pratica e una grave difficoltà nel « tornare » alla realtà oggettiva, evidenziando la difficoltà ad evolvere secondo le categorie sopracitate.

Occorre valutare inoltre l'evoluzione del grado di interazione sociale all'interno dell'attività ludica. Ad esempio:

a) gli altri non sono « visti »
b) gli altri sono visti come giocattoli, cioè oggetti inanimati
c) gli altri sono visti come elementi di aiuto
d) gli altri sono visti come compagni (o avversari) e come soggetti a sé stanti.

Gli spazi di gioco rientrano dunque tra le possibilità offerte dal « rapporto educativo ». Ripetiamo che l'osservazione di una qualsiasi attività di gioco libero (ricordando la distinzione accennata sopra con gestualità patologiche quali la stereotipia), è elemento estremamente positivo nella valutazione della situazione. A volte abbiamo visto comparire tale attività lungo la strada dell'integrazione e dello sviluppo dell'Io, a riprova di risorse talora insospettabili eppure presenti.

Capitolo 13
LA QUARTA DIRETTIVA DI INTERVENTO:
la manipolazione del reale e l'educazione al lavoro

I. *Premessa*

Su questa IV direttiva ci preme porre l'accento sulla capacità di intervenire sulla realtà materiale facendola passare da uno stato per così dire « bruto » ad uno stato « manipolato » al fine di rispondere ad un bisogno, o ad una necessità, o ad un desiderio proprio o del proprio gruppo di appartenenza.
Il lavoro, come accennavamo all'inizio di questi appunti, è un bisogno umano, ma non è solo questo: esso è una forma di comprensione tra uomo e uomo, costituisce una piattaforma di mutua comprensione degli uomini fra loro. Ciò significa che il lavoro è governato all'interno da una ragione ad esso propria... Il lavoro deve essere « razionale », altrimenti non potrebbe costituire la base per una comprensione. Esso « crea determinate relazioni tra l'uomo e la materia, tra il lavoratore e il datore di lavoro, tra coloro che collaborano nell'ambito dello stesso processo del lavoro, e infine tra il lavoratore e il destinatario e il frutto del lavoro » (Tischner « Etica del lavoro »).
E con questa visione dell'impegno lavorativo che, all'interno della Cooperativa, si propone al ragazzo un'educazione in questo senso: essa è l'ultima fase dell'intervento stesso, avviata ad un certo punto del cammino percorso sulle precedenti tre direttive, e finalizzate ad un ulteriore e più completo sviluppo della per-sona.
Proprio per questo non è proposta a tutti e l'entrare nel gruppo « dell'educazione al lavoro » è un passo deciso di comune accordo tra il ragazzo stesso, la famiglia e il Centro, men-tre necessita di una valutazione preliminare di cui diamo la sintesi:

II. *Valutazione preliminare per la IV direttiva*

— Dati relativi alla I direttiva:

a) situazione familiare: quali problemi?
b) il ragazzo percepisce pensioni o assegni di accompagnamento?
c) c'è la capacità di:
— stare in gruppo?
— collaborare con altri?

— Dati relativi alla II direttiva:

1) La patologia organica è sotto controllo?

2) Le autosufficienze di I livello sono acquisite (almeno parzialmente)

controllo sfinterico	sì	no
igiene personale	sì	no
alimentazione	sì	no
spostamento in ambito ristretto	sì	no

3) Abilità grosso-motorie presenti:

.....
. . . . . .

4) Abilità fino-motorie e coordinazione visuo-motoria presenti:

. . . . . .

5) Autosufficienze di II livello: quali sono presenti?

usa il telefono	sì	no
conosce le ore	sì	no
conosce i giorni della settimana	sì	no
conosce il denaro	sì	no
si sposta in grande spazio	sì	no
usa qualche mezzo pubblico	sì	no

6) Comunicazione mimico-gestuale:
— assente
— mediocre

— discreta
— buona
7) Comunicazione verbale:

a. comprensione ordini semplici	sì	no
b. espressione		
non strutturata	sì	no
parola/frase	sì	no
poco strutturata	sì	no
ben strutturata	sì	no

8) dismorfismi somatici presenti?
— evidenti
— lievi
— assenti

9) Disturbi del comportamento:
— gravi
— significativi
— lievi
— assenti

10) Deficit sensoriali gravi: se sì quali?

11) Situazione psicologica: in particolare:
— funzioni dell'Io
— grado di conoscenza del pericolo

— Dati relativi alla III direttiva 1)

Livello dei pre-requisiti:

attenzione: minore di 30' ❑ — uguale a 30' ❑ — maggiore di 30' ❑

motivazione spontanea: scarsa ❑ buona ❑ ottima ❑

concentrazione: scarsa ❑ buona ❑ ottima ❑

2) Capacità di utilizzo di concetti di base:
— topologici sì no
— temporali sì no
— quantità sì no

3) Capacità di memorizzare sequenze operative:
— minore di 3
— uguale a 3
— maggiori di 3

4) Capacità di apprendere per imitazione:
—assente sì no
—presente sì no

5) Capacità di problem-solving:
—assente
—presente

Un passo intermedio è l'inserimento in attività con caratteristiche di « hobby » e la frequenza nelle attività di Terapia Occupazionale (che conserva aspetti principali di terapia).

III. *La terapia occupazionale*

Questa professione, in Italia ancora agli inizi, è da anni affermata in altri paesi soprattutto negli USA dove è nata ufficialmente agli inizi del '900 e dove esistono corsi di laurea e reparti appositamente attrezzati in ospedali e centri riabilitativi.

All'Anaconda esiste un servizio di Terapia Occupazionale dal 1986 con una terapista a cui si sta affiancando un altro operatore attualmente in formazione. Essa ha come scopo di favorire lo sviluppo e l'espressione delle potenzialità della persona malata, affrontando le condizioni che ostacolano questo sviluppo, attraverso il « fare » concreto; l'attenzione è volta alla persona nella sua globalità e quindi ai suoi sentimenti, storia personale, rapporti con le persone e con la realtà inanimata; l'attività, che può essere espressiva, artigianale, di gioco, o attività legate al vivere quotidiano, è usata quindi a scopo terapeutico, a partire dalle *scelte* che la persona

esprime, attraverso cui comunica qualcosa di sé e agisce sull'ambiente; il terapista ha il compito di proporre stimoli e di guidare la personalità nell'attività.

Alcune tra le idee base sono le seguenti:

1. facilitazione dello sviluppo: il terapista non parte da schemi pre-costituiti ma cerca di facilitare la crescita della persona aiutandola ad acquisire padronanza in diversi compiti e sviluppandone la capacità di affrontare le richieste che la realtà pone quotidianamente, favorendo queste capacità attraverso l'uso di oggetti adeguati alle potenzialità della persona.

2. L'attività e l'oggetto: il concetto di attività differenzia la terapia occupazionale da altre terapie: gli oggetti che si usano sono fondamentali nello sviluppo percettivo/motorio e cognitivo del bambino, inoltre lo aiutano a differenziarsi dall'ambiente non umano attraverso la scoperta della possibilità di modificarlo; così il bambino scopre via via le sue capacità mentre l'oggetto diviene anche un mezzo per riposarsi in situazioni stressanti.
In terapia occupazionale l'oggetto è proposto dal terapista, o scoperto dalla persona, o costruito da lei; è importante anche che la stanza offra un ambiente accogliente, gratificante e stimolante.

3. Analisi dell'attività: è importante che il terapista conosca bene il significato realistico e simbolico dell'attività che propone onde valutarne l'efficacia di fronte ad ogni singola persona. Ogni attività viene quindi analizzata nelle sue caratteristiche percettivo/motorio, cognitive, di gratificazione o frustrazione, di possibilità di padronanza, di gioco, di interazione umana, di dipendenza o indipendenza, identità, creatività, espressione, orientamento alla realtà, identità culturale e contenuto simbolico.

4. Obiettivi dell'attività: essa può essere usata:
a) come primo passo per stabilire un rapporto, comunicando l'accettazione della persona da parte del terapista e il suo desiderio di aiutarla a crescere;
b) come « ponte verso la realtà », soprattutto per la persona che

stenta a lasciare il suo mondo fantastico per orientarsi verso la realtà;

c) come stimolo di capacità percettive e cognitive (problemi di attenzione, concentrazione, organizzazione spazio-temporale, linguaggio, motricità fine, coordinazione,...) partendo dalla parte sana, per far sentire alla persona che è capace di far qualcosa (ed evitare accanimenti inutili e frustranti su esperienze in cui la persona si senta già fallita in partenza) per affrontare poi i punti di difficoltà;

d) come possibilità di fare esperienza di successo, aiutando la persona a ritrovare una motivazione intrinseca al fare e a scoprirsi capace, « competente », come base per affrontare ogni difficoltà;

e) come facilitazione dell'espressione e della comunicazione, aiutando la persona a conoscersi meglio attraverso il suo agire e favorendo l'espressione anche di sentimenti negativi in modo positivo;

f) come aiuto a stabilire rapporti positivi con gli altri, favorendo la partecipazione a un lavoro comune e valorizzando la capacità di contributo di ognuno.

Attraverso un'osservazione diagnostica che permetta di coglie-re i problemi è possibile stabilire per ciascuno obiettivi specifici che periodicamente vengono verificati e se necessario modificati. Inizia così un cammino in cui terapista e persona si coinvolgono in un lavoro comune, affrontando dall'interno di un rapporto di fiducia, costruito con pazienza, le difficoltà e i problemi emergenti.
In particolare, il servizio del Centro si rivolge sia a ragazzi accolti e seguiti secondo la metodologia descritta in queste pagine, sia ad esterni. Nel primo caso va sottolineato che questa terapia non è proposta a tutti i ragazzi frequentanti, ma solo ad alcuni, per cui sono stati individuati con gli educatori di riferimento obiettivi specifici in relazione a questo servizio.

IV. *Brevi note sulle attività di hobby*

L'hobby ha analogie con il gioco e si situa a cavallo tra il gioco e il lavoro.

a. E intrapreso non per necessità ma per « piacere »;
b. persegue finalità spostate, sublimate;
c. realizza attività utilizzando energie diverse;
d. noti ha necessariamente un carattere di intera:ione sociale. Nell'hobby si riscontra comunque un piano di operazioni successive ed integrate.

V. *Note conclusive sul lavoro*

La funzione matura del lavoro può emergere quando la persona ha sviluppato in modo equilibrato le capacità inerenti le direttive precedentemente descritte.
In particolare sono importanti le capacità di:
vivere in modo positivo, traendone soddisfazione, i rapporti con i familiari, parenti, amici, colleghi;
partecipare alla vita dell'ambiente (quartiere, parrocchia, gruppi...);
prendere cura della propria persona;
prendere cura dell'ambiente (casa, ambito di vita e di lavoro); saper affrontare i problemi che si pongono nella vita quotidiana, elaborando le strategie necessarie per superarle.

L'attività lavorativa presenta quindi le seguenti caratteristiche:

a) di interazione sociale (apertura e fiducia in se stessi e negli altri);
b) di interessamento-motivazione (capacità di scegliere, senso critico, capacità di iniziativa);
c) di capacità organizzativa (senso del tempo, ordine,...);
d) di orientamento alla realtà;
e) di coordinazione della manualità (oculo-manuale e senso-percettiva);
f) di tolleranza alla frustrazione e di reazione alla gratificazione;
g) di capacità di controllare e modificare gli impulsi di tipo aggressivo o distruttivo in modo costruttivo circa l'uso di determinati materiali;
h) di sostenere nel tempo l'impegno, circa piani prestabiliti, non sulla base di un piacere immediato ma del risultato

finale (quindi, rispetto all'hobby — dal piacere istintuale al piacere sublimato — agisce secondo il principio di realtà);

i) di concepire il lavoro come dimensione e realizzazione della persona.

In particolare sul piano degli aspetti cognitivi occorre favorire:

a) conoscenza dell'ambito lavorativo:
- — ambiente fisico ed umano
- — attrezzi (e la loro dislocazione spaziale nell'ambiente)
- — materiali (anche nel senso di qualità)

b) utilizzazione delle nozioni relative al punto « a » con finalità di:
- — attenzione
- — memorizzazione di sequenze logiche
- — autonomizzazione progressiva dell'attività lavorativa

c) acquisizione di capacità pratiche specifiche:
- — segare
- — incollare
- — dipingere

d) consapevolezza circa le fasi di impostazione di un'attività lavorativa:
- — esecuzione e spiegazione del lavoro da parte dell'operatore
- — esecuzione guidata e spiegazione del lavoro da parte del ragazzo
- — esecuzione libera da parte del ragazzo
- – spiegazione del progetto e dell'esecuzione da parte dell'operatore
- — spiegazione del progetto e dell'esecuzione da parte del ragazzo.

Occorre quindi prestare attenzione affinché attraverso il lavoro la persone possa: avviare rapporti collaborativi, di condivisione con altri e con l'ambiente; percepirsi come protagonista del lavoro e portatore di dignità sociale (produttiva e utile alla società).

Capitolo 14

L'OSSERVAZIONE

1) L'osservazione, nell'ambito della metodologia del Centro, è un lavoro, non una tecnica: per questo si sviluppa in un arco di tempo consistente e si effettua in tutti i momenti di presenza del soggetto al Centro.

2) Essa si effettua come « primo intervento » all'inizio del rapporto, ma resta dimensione costante del lavoro anche quando esso è stato programmato. Inoltre una fase osservativa codificata è quella che si effettua alla ripresa del lavoro più globale (quello che si svolge da settembre a giugno), mentre nei mesi estivi si verifica quanto si è acquisito nei mesi precedenti.

3) Il primo obiettivo di tale intervento è quello di costruire un rapporto con il ragazzo, rapporto che costituisce la condizione per poter effettuare ogni osservazione e verifica successive.

4) Ciò che si osserva è esattamente l'avvio e lo sviluppo di tale rapporto attraverso momenti strutturati e non.
Porre l'accento su ciò significa sottolineare che l'operatore deve non solo prestare attenzione alle modalità di rapporto messe in atto dal ragazzo, ma anche al proprio atteggiamento e alla propria disposizione mentale.

5) L'intervento normalmente della durata di 3 mesi con una frequenza di 2-3 giorni la settimana, è effettuata dai due educatori responsabili del ragazzo preso in carico.

6) Un'équipe formata da educatori e guidata da un coordinatore costituisce l'ambito privilegiato all'interno del quale periodicamente l'osservatore verifica il lavoro svolto e a

sua volta è oggetto di una supervisione. Sul piano della formazione, all'osservatore è preferibilmente richiesta una preparazione adeguata al tipo di inter-vento da sostenere, tuttora offerta da corsi di specializzazione regionale della durata di 3 anni, con frequenza obbligatoria, dopo aver conseguito un diploma di scuola media superiore.

L'osservazione si effettua:

a) in ogni circostanza (dentro la struttura dapprima, e all'esterno in seguito);
b) in un ambiente appositamente preparato (« setting ») tenendo presente il contesto entro cui si verifica una particolare situazione (ambiente fisico e persone);
c) nell'ambito familiare, secondo una valutazione particolare per ciascuno.

7) In generale occorre ricordare che:

a) ci si predispone ad osservare, ossia si libera la mente in termini coscienti e ci si poni in termini ricettivi.
b) Il periodo di 3 mesi deve essere utilizzato in modo programmato dall'educatore, al fine di raccogliere gli elementi essenziali sulle quattro direttive d'intervento.
c) L'operatore deve avere capacità di tollerare la frustrazione che de-riva all'inizio dall'evitare di agire e di incoraggiare, tollerando anche comportamenti fastidiosi, e successivamente dell'agire per tentativi continuamente verificati nell'ambito del lavoro d'équipe.
d) L'osservazione riguarda sia il ciò che avviene che il come avviene ed è, nel nostro lavoro, casuale, occasionale, intenzionale, sistematica. I primi due aspetti si possono cogliere solo se l'osservazione effettuata è continuativa e accetta il presupposto che ogni elementi sia significativo. I successivi necessitano di una conoscenza della metodologia e di una capacità di rilevare singoli aspetti riconducendoli poi ad un bilancio e ad un orientamento sintetico.
e) Nell'effettuare tale lavoro (come del resto ogni altro)occorre es-

sere coscienti di quale sia la propria cultura antropologica di base: ognuno ne vive una, ma se ciò non è reso cosciente, invalida non solo il lavoro che si svolge, ma anche la possibilità di un dialogo costruttivo con altre posizioni.
Da tutto ciò possiamo dire, come suggerisce Bettelheim, che l'osservatore può essere solo un adulto psicologicamente integra to, capace di ripensare (dopo aver registrato) i dati dell'esperienza. Ciò significa anche che la formazione ad osservare deve essere permanente.

8) L'intervento dell'operatore (nei confronti di qualsiasi situazione di osservazione) si esplica attraverso una triplice modalità: la presenza, la parola e il gesto che non possono essere contraddittori tra di loro, al fine di poter garantire una corretta comunicazione.

Per *presenza si* intende il porsi gratuito a fianco dell'altro secondo le indicazioni metodologiche sopra esposte.

La parola assume il significato da una parte di rendere consapevole l'altro riguardo ai propri vissuti, dall'altra di collocare in un contesto di senso, comportamenti, situazioni e atteggiamenti, di cui il soggetto può non avere piena comprensione e infine di tradurre mimiche gestuali e codici utilizzati.

Per quanto riguarda *l' espressione gestuale* appare innanzitutto evidente che il gesto viene ad assumere pieno significato nella misura in cui è coerentemente in linea e in sintonia con i due prece-denti aspetti.

Se in talune circostanze tale modalità presenta una caratteristica di immediatezza, in altre necessita di un sostegno di tipo verbale.

9) Entrando poi nello specifico, rispetto ai bisogni che il soggetto portatore di handicap presenta, si possono individuare quattro funzioni dell'operatore: (cfr. G. MORETTI, *Il grave handicappato mentale,* pp. 132 e seguenti)

a) di « contenitore »: essa rappresenta la capacità dell'educatore di costituirsi come punto di riferimento esercitando un'azione di « contenimento » sia a livello fisico che psichico nei confronti di un soggetto che vive in maniera problematica la sua unità di persona.

b) di « effetto calamita »: l'operatore sulla base di una adeguata preparazione, deve saper in primo luogo individuare le frequenti frammentazioni della vita mentale del soggetto, quindi procedere a un'opera di ricomposizione in più occasioni e il più a lungo possibile.
c) di « amplificatore »: stimolare e favorire l'espressione (non solo e necessariamente verbale) dei contenuti che il soggetto intende comunicare. L'operatore ha il compito di farsi interprete e di aiutare il soggetto a portarli in superficie dando loro forma e struttura adeguati.
d) di « ponte »: attraverso questa funzione l'operatore è chiamato a proporsi come « modello » di comportamento imitabile e immediatamente riscontrabile, oltre che come filtro tra il soggetto e l'ambiente nei due sensi, funzionando in ciò da « Io ausiliario ».

Vale la pena segnalare che l'ordine di queste funzioni non è casuale e che ognuna di esse è necessariamente conseguente all'altra (es.: non si può esercitare una funzione di « effetto calamita » se precedentemente non si è messa in atto quella di « contenitore »).

Nei momenti non strutturati tali funzioni dell'educatore si esplicano con la sua costante « presenza » (fisica e mentale) al rapporto col soggetto; per quanto riguarda quelli strutturati oc-corre che l'educatore scelta spazi, tempi, attività di volta in volta. In particolare, per la valutazione della struttura mentale, si può creare una situazione specifica in cui la modalità di rapporto si caratterizza per una totale assenza di condizionamenti o vincoli legati a situazioni particolari, attività e oggetti, ma per la presenza dei due soggetti.

In tal caso si richiede all'operatore un'attenzione alle seguenti indicazioni metodologiche:

a) assumere un atteggiamento e una postura che lascino trasparire disponibilità e accoglienza;
b) non prendere iniziativa d'intervento;
c) cogliere messaggi e richieste espressi e non;
d) rispondere, e laddove necessario rielaborare (anche verbalmente) in maniera adeguata, creando le condizioni per una ulteriore evoluzione.

In tal caso si può parlare di « relazione terapeutica », rapporto

specifico e particolare fondato sulla tecnica, agito da operatori formati ad hoc, limitato nel tempo e nello spazio, rispondente ad un bisogno parziale, necessario solo ad alcuni.

SCHEMA INDICATIVO DI OSSERVAZIONE

A) Trama di rapporti

1) Osservazione del rapporto all'interno del C.S.E.:

a) con l'educazione dei riferimento modelli:
aggressivo
provocatorio
seduttivo
tendente all'isolamento propositivo
(di sé)

— canali: corporeo
verbale
spaziale
oggettuale (cose)

— tipo: simmetrico collaborativo
collusivo oppositivo fusionale
(triangolazioni)

b) Con il personale non educativo:
— modelli: .....
— canali: .....
— tipo: .....

c) Con eventuale assistente domiciliare:
— modelli : .....
— canali: .....
— tipo: .....

d) Con eventuali volontari:
— modelli: .....
— canali: .....
— tipo: . . . . . .

e) Con il piccolo e grande gruppo:
— modelli: .....
— canali: .....
f) All'interno del contesto familiare:
. . . . . .
. . . . . .
g) Con il contesto extra-familiare:

.....

B) *Salute*

1) Aspetto organico:

a) aspetto generale
— come è vestito
— come si muove
— uso eventuale di farmaci

—
b) sviluppo neurologico
— aspetti sensitivi
— aspetti sensoriali
— aspetti motori

c) Malattia o sindrome di base:

.....

d) norme comportamentali e autosufficienze

2) Aspetto psicologico: a. struttura mentale
b. presenza di autonomie

a) Struttura mentale:
a.l. presenza e assetto di un Sè
. . . . . .
a.2. presenza e assetto di un « Io nascente »
. . . . . .
a.3. presenza e assetto di un « Io stabile »
.....

b) Presenza di autonomie:
Sono autosufficienze (di I o II livello) ormai acquisite e messe in atto opportunamente e autonomamente dal soggetto.

C) Aspetti cognitivi

1) Funzioni relative al metarcircuito primario:

a) Tipo di registrazione del dato di realtà
— livello della percezione
— presenza o assenza di:

ricordo	— a breve termine	❑	
	— a lungo termine	❑	
attenzione	__ 15’		
	— 30 '	❑	
	—....	❑	
concentrazione	— minima	❑	
	— media	❑	
	— buona	❑	
motivazione	— monotematica	❑	— minima
			— media
	— pluritematica	❑	— buona

codici prevalentemente usati: . . . . . .

2) Funzioni relative al metacircuito secondario:

— grado di organizzazione del dato di realtà:
— categoria spazio-temporale
— categoria causale

— categoria logico-matematica
— modalità di espressione:
mimico-gestuale
grafica - pittorica -
plastica iconica
musicale
linguistica

3) Livello e modalità di elaborazione del dato di realtà

N.B.: Il passaggio da 1) a 2) è ciò che consente di valutare in termini meno approssimativi l'utilizzo del patrimonio intellettivo. Occorre valutare: lo sviluppo della funzione simbolica; lo sviluppo della comunicazione verbale; la capacità di lettura, scrittura, calcolo.

D) *Manipolazione della realtà:*

— assente ❑

— presente ❑

SCHEMA TEMPI DI OSSERVAZIONE

	l° mese	2° mese	3° mese
1° Direttiva:	modelli e canali di rapporto 1:1 con l'educatore, con personale non educativo, con volontari con assistenti domiciliari	modelli e canali in rapporto con il piccolo gruppo del CSE	modelli e canali di rapporto con la famiglia e il contesto extra-familiare
2° Direttiva: salute fisica	1. Aspetto generale 2. Sviluppo neurologico	1. Alimentazione/ Sonno 2. Controllo sfinterico	1. Abbigliamento e igiene personale (cfr. Schema autosufficienze di base)

Salute psichica	1. Valutazione del comportamento e della presenza di condotte patologiche 2. Valutazione del processo di identificazione/separazione 3. Presenza della "relazione d'oggetto" 4. Codici di comunicazione (involontani o volontari)	1. Ipotesi di presenza del Sé o dell'Io 2. Presenza di processo primario o seconndario 3. Reazione alla frustrazione	1. Convalida o non dei mesi precedenti 2. Valutazione della situazione – statica – dinamica 3. Individuazione di eventuali interventi specifici
3 Direttiva:	1.Presenza della nozione d'oggetto 2. Presenza e sviluppo dei prerequisiti	1. Funzioni del metacircuito primario 2. Sviluppo dei prerequisiti	1. Livello di presenza e di sviluppo della comunicazione verbale 2. Sviluppo della funzione simbolica 3. Possibilità di lettura, scrittura, calcolo
4 Direttiva:	1. Presenza o assenza di "gioco" 2. Presenza o assenza di interventi stereotipati sul reale	1. Tipo di gioco 2. Variazione della stereotipia 3. Comparsa di interesse verso qualche particolare realtà	1. Possibilità evolutva 2. Livello di attività proponibili: a) gioco b) terapia occupazionale c) educazione al lavoro – hobby – artigianato

SCHEMA SINTESI OSSERVAZIONE

In base ai dati emersi dall'osservazione gli operatori che l'hanno effettuata stendono una relazione finale che viene poi rivista con i tecnici del Centro e con la famiglia. Essa fornisce la base per la *diagnosi funzionale iniziale*. La sintesi del caso deve quindi fornire indicazioni utili riguardo ai seguenti punti:

I ª *direttiva*

Versante ragazzo:

a) Necessità di rapporto 1:1
b) Possibilità di rapporto in gruppo (2 o più: 1)
c) Possibilità di rapporto in grande gruppo
d) Necessità di un lavoro con la famiglia
e) Necessità di allargare la rete sociale oltre la famiglia e il Centro socio educativo.

Versante educatore: .....

2° *direttiva*

Salute fisica:

a) Patologia prevalente e interventi stabili necessari
b) Autosufficienze mancanti.

Salute psichica:

a) Funzioni del Sè o funzioni dell'Io
b) Necessità di interventi specifici all'interno del Centro socio educativo o all'esterno.

3ª *direttiva*

a) Registrazione del dato a livello percettivo, presenza e sviluppo dei pre-requisiti
b) Caratteri del processo elaborativo
c) Livello simbolico e di giudizio

4° direttiva

Presenza e modalità di manipolazione della realtà.

Capitolo 15

LA DIAGNOSI: DESCRITTIVA O FUNZIONALE?

Nell'esperienza della Cooperativa accogliere e seguire persone con problematiche multiple ci ha evidenziato dall'inizio la necessità di avere uno schema di riferimento adeguato alla realtà che avevamo di fronte. Ci siamo imbattuti, strada facendo, in impostazioni di vario tipo, riconducibili sostanzialmente a tre modelli:

a. medico

b. psicologico

c. sociologico.

In ognuno ciò che prevale è lo schema causale: si ricerca qualcosa in grado di spiegare la situazione che si ha davanti, definita da una serie di sintomi. Ma nessuna delle persone che abbiamo incontrato può essere ricondotta totalmente dentro uno qualsiasi di questi modelli, e neppure dentro i tre modelli presi insieme; la persona, inesorabilmente, eccede lo schema. Ciò, lungi dall'infastidire, è stato ed è per noi, la molla del proseguire nel cercare, attenti ad evitare ogni riduzione, ogni sguardo unilaterale. La domanda che ci poniamo è la seguente: tenuto conto che la verifica sta nella realtà dell'esperienza, non delle idee, è possibile costruire una teoria intesa come « strategia per correlare e spiegare i dati osservati »?

Ci si muove tra due rischi costanti:

a. la teoria acquista uno stato per cui diviene indipendente dal-le premesse su cui è costruita. Se ciò avviene, si perde il metodo che è scientifico in quanto è legato a verifica empirica. Si finisce per difendere per principio la teoria anche quando non dà ragione di tutti i dati;

b. la teoria serve per dimostrare la propria evidenza (es.: l'alcolista è uno che beve troppo, ma beve troppo perché è alcolista: sarebbe comico, se non fosse tragico...).

In sintesi l'approccio descrittivo è utile per identificare la ma-

lattia e in questo senso sul piano organico — strutturale e funzionale — lo utilizziamo; tuttavia, per quel che riguarda l'approccio alla situazione, esso è manifestamente carente. In termini operativi, si tratta di comprendere la persona, non di classificare la malattia; occorre dunque un progetto integrato, risultato di più piste d'indagine, formulato in funzione operativa, e in cui l'intervento possa servire anche come fonte di informazione riguardo alla diagnosi posta. Così, empiricamente, ci siamo orientati su uno schema sintetico valutato al termine dell'osservazione iniziale e riverificato annualmente: lo proponiamo qui di seguito,avvertendo che è un primo tentativo cui altri seguiranno.

Diagnosi descrittiva:

....
.....

a) tipologia: 1. handicap
—– psichico ❑
— fisico ❑
— sociale ❑
—combinato ❑

gravissimo ❑
2. handicap grave ❑
medio-grave ❑

b) livello di gravità della situazione (vedi dopo)

c) prospettive:

gravissimo: necessita di persona o istituzione vicaria e protetti-va minime possibilità evolutive

grave: potenzialità evolutiva presente, ma garantita dalla possibilità di far ricorso a risorse terapeutiche in caso di bisogno (recupero comunque parziale)

medio-grave: potenzialità e risorse atte a raggiungere una discreta autonomia.

b) livello di gravità della situazione

A Rete sociale	B Codice Comunicazione	C Salute		D Conoscenza	E Manipolazione del reale	Livello di gravità
Q 1 senza Q 4 Q 1 con Q 4	tonico/mimico	1 autosuf. assenti	2 Sè caotico	assenza pre-requisiti	assente	gravissimo
Q 1 Q 2	tonico/mimico gestuale	qualche autosuff.	Sè polarizzato	registra	presenza automatismi indotti	grave 1
Q 1 Q 2 Q 3 o Q 4	tonico/mimico gestuale vocale	tutte le autosuff. o qualche autonomia	Io rigido	organizzazione di base	autonomia in compiti semplici	grave 2
Q 1 Q 2 Q 3 Q 4	tonico/mimico gestuale vocali/verbali	autonomo entro limiti fissati	Io relativamente elastico	elaborazione e organizzazione superiore	autonomia in compiti più complessi	medio-grave

Capitolo 16

LA CARTELLA PERSONALE DEL SOGGETTO

La cartella personale contiene la documentazione ordinata secondo criteri specificati successivamente. Essa, compilata dagli educatori di riferimento, è depositata presso il Centro benché i documenti contenuti siano di possesso esclusivo della famiglia e del Centro socio educativo.

Va detto che essa è, dal nostro punto di vista, un diritto del ragazzo e un insostituibile strumento relativo alla serietà dell'intervento.

In sintesi, la cartella in uso presso il Centro consiste in:

a) un foglio iniziale contenente:
- — dati anagrafici
- — nome e recapito telefonico del Medico Curante
- — numero del libretto sanitario
- — diagnosi iniziale
- — data di inizio di frequenza al Centro socio educativo
- — nomi degli educatori di riferimento

b) sei cartellette contenenti:
1. Anamnesi (v. quanto detto in precedenza)
2. Documentazione, ossia:
   - fotocopia cartella clinica della nascita
   - fotocopia referti esami clinici
   - fotocopia visite specialistiche già effettuate
   - fotocopie cartelle cliniche di ricoveri successivi alla nascita
   - — eventuali cartelle U.S.S.L. riguardanti specifici servizi
   - — fotocopie dimissioni dei Centri frequentati in precedenza
   - — documentazione relativa a eventuale frequenza scolastica
   - — documento contenente la richiesta di inserimento al Centro in base ad una precisa diagnosi e ad uno specifico intervento

(N.B. Tali richieste sono, sino ad ora, rarissime)
— check-up all'ingresso del Centro
— visite specialistiche richieste
— esami specifici richiesti:
- elettroencefalogramma
- T.A.C.
- esame neurologico
- dosaggio farmaci

— diagnosi descrittiva
3. Osservazioni: osservazione iniziale e verifiche annuali
4. Programmi di lavoro annuali e orario con le attività settimanali
5. Relazioni finali annuali
6. Diagnosi funzionali annuali

DUE INTERVENTI

Carlo Ballerio

E L'ISTITUZIONE?

Chi opera a livello istituzionale nel campo che genericamente viene denominato della « *assistenza* » non può più eludere nodi sicuramente scomodi, ma che sono di rilevanza tale da decidere del livello di professionalità. Non si possono chiudere gli occhi infatti di fronte a situazioni che si configurano come vere e proprie patologie *« da servizi »,* nel senso che anni di interventi da parte dei cosiddetti servizi di rete non solo non hanno modificato in senso positivo il bisogno originario, ma troppo spesso hanno cronicizzato situazioni di danno o di disagio, determinando quindi una evoluzione di segno negativo. E ancora non ci si può non domandare perché a fronte di una crescente offerta di servizi, aumenta il numero dei « *casi »* per í quali si dice non esistere la risposta adeguata.

L'esemplificazione potrebbe continuare ancora, ma non è di alcun interesse, né di alcuna utilità, fare l'elenco dei mali dell'assistenza: ciò che importa è cercare di capire che cosa sta alla radice di questi fenomeni che, come tali, non sono altro che l'espressione di una realtà di fondo, che investe la concezione che si ha dell'uomo. Non è questa una generica espressione retorica, ma è il nocciolo del problema.

Assistere significa porsi di fronte, porsi accanto. Allora la questione *è* « *chi si pone di fronte a chi. ». Si* noti bene di fronte « *a chi* », non « *a che cosa »:* non si incontra un bisogno, ma una per-sona che ha un bisogno e che non si identifica con il bisogno stesso. Una diversa posizione nega un dato elementare di realtà ed è perciò falsa. E un dato di tale evidenza che non può portare che a una considerazione: operare « *per problemi »* equivale a mentire sa-pendo di mentire. Allo stesso modo, è impressionante la corsa schizofrenica a separare una professionalità dalla persona che questa professionalità sostiene di possedere. Paradossalmente sembra che nell'ambito dell'assistenza genericamente intesa, come in ambito sanitario, non esistano più uomini e donne, ma solo figure professionali.

Tutto questo per ribadire che il problema dell'assistenza si gioca sulla concezione dell'uomo e non può che vivere se non di ciò che è costitutivo per ciascun uomo, e cioè un rapporto. All'identificazione della persona con un suo bisogno ha corrisposto, né altrimenti poteva essere, la frammentazione dell'assistenza, che ha tratto significato sempre di più dall'aggettivo che di volta in volta viene apposto: assistenza sociale, sanitaria, religiosa, ecc. Quando non è possibile apporre aggettivi, allora si parla di assistenza e basta, ma quando si dice che una persona ha « *ormai solo un bisogno assistenziale* », in realtà si usa un'espressione per ad-detti ai lavori che significa soltanto che su quella persona non si ritiene più di investire se non ciò che serve a garantire la sopravvivenza fisica. E tanto vero questo che si è orami stabilita l'equivalenza inguaribile-incurabile: l'aver cura o meno di una persona viene fatto dipendere dalle probabilità di successo in una strada guerra di cui si capisce contro cosa sia diretta, ma non a favore di chi sia combattuta.

Forse vale la pena di ricordare che terapeuta è, nel caso etimologico, colui che si fa servo, compagno, ad un altro, allora forse si capisce meglio quanto sia assurda la dicotomia assistenza-terapia.

Tutto ciò non sembri esagerato, perché, a ben guardare, è solo la constatazione di ciò che avviene. Quando infatti la risposta ai bisogni dei malati di mente o di portatori di handicaps psico-fisici gravi sono i centri di socializzazione o istituti dove viene assicurata la sola sopravvivenza fisica delle persone, si afferma pubblicamente che per questi uomini e queste donne non vale più la pena di investire risorse per la riabilitazione al vivere, ma che sono sufficienti ambiti di diligente custodia che inoltre eliminino, o quanto meno limitino, il disturbo sociale. Gli esempi potrebbero continua-re nell'area dei minori con problemi, dove troppo spesso il colloca-mento istituzionale è concepito come momento finale dell'intervento in attesa della maggiore età, o nel settore degli anziani, do-ve la preoccupazione sembra essere indirizzata esclusivamente alla verifica dell'esistenza dei requisiti formali che le strutture e i servizi devono possedere, nella più totale indifferenza per ciò che riguarda il rispetto sostanziale, e non solo estrinseco, di tutto ciò che connota la qualità di vita della persona.

Ciò che è in gioco è un'opzione di fondo che deve essere dichiarata ed esplicitata, uscendo una buona volta da una situazione

magmatica dove è possibile tutto ed il contrario di tutto, ma da cui è rigorosamente bandito un giudizio esplicito. Bisogna decidere se l'assistenza è una compagnia all'uomo nelle diverse fasi della vita, o se è altro, e occorre lucidamente trarre le conseguenze della scelta che si fa. Se si opta infatti per qualche cosa di diverso dal rapporto fra persone, occorre anche mettere in conto che un di meno di professionalità non è un accidente, ma un esito vincolato, cioè che necessariamente si verifica. Una professionalità infatti si misura sui risultati conseguiti, e se si rinuncia a priori a stare insieme all'altro sulla domanda fondamentale che lo costituisce, qualunque tipo di intervento non potrà che essere frammentario e in ultima analisi improduttivo perché non colloca il bisogno dell'uomo in un contesto adeguato. Dal punto di vista tecnico ciò che è in gioco è se si voglia o meno « *prendere in carico* » una persona, o se non si preferisca semplicemente operare per problemi, facendosi scudo di una presunta dimensione di professionalità concepita in qualche modo come altro e separato da ciò che uno è. E una scelta che ciascuno è chiamato a fare per sè e rispetto alla quale non si può mai invocare a giustificazione ciò che viene chiamato l'assetto dei servizi o le regole dell'istituzione. Certamente il contesto può porre dei vincoli, come in effetti li pone, ma è esperienza di molti che questi vincoli non sono mai tali da impedire agli addetti ai lavori di essere ciò che vogliono essere. La perdita di qualsivoglia radice di solidarietà, il codificarsi di una concezione anonima e in ultima analisi irresponsabile dei servizi, la codificazione dei processi di delega non sono eventi accidentali, ma sono risultati voluti in quanto conseguenze necessitate di precise scelte operate. La stessa domanda reiterata di definizione di competenze è troppo spesso finalizzata soltanto a definire ciò che non compete, ciò che tocca ad altri soggetti che a loro volta saranno preoccupati di definire le loro competenze, cioè di stabilire che cosa neanche a loro compete. Eppure si opera all'interno di un ordinamento che consente molto, se non proprio tutto. Ma esso è costituito sostanzialmente sul principio del permesso negativo (è consentito tutto ciò che non è vietato), e come tale per un verso rinvia alla responsabilità di ciascuno, ma d'altra parte non sanziona l'ignavia. E pur vero, come si è già sottolineato sopra, che lo stesso ordinamento non è orientato a far sì che si colga il bisogno reale della persona e che a questo si

risponda, quanto piuttosto a favorire il sorgere di risposte predeterminate e codificate alle quali il bisogno della persona si deve piegare. Per questo all'aumento dei servizi corrisponde l'au-mento delle situazioni che non trovano risposta, perché non previste. Inoltre la codificazione delle risposte frammentarie secondo criteri astratti fa si che si moltiplichino gli spazi di auto-definizione delle competenze e di « *scelta dell'utenza* » sulla base di griglie funzionali agli addetti ai lavori e non alle esigenze delle persone. L'e-sito in molti casi è ormai un sistema estremamente costoso e rigido in cui paradossalmente la persona deve adeguarsi alle strutture, e non viceversa.

Ciò che è in gioco a questo punto è se questo sistema operi ancora nell'interesse pubblico, posto che è ormai di tutta evidenza che l'appartenenza di un servizio o di una struttura ad un Ente Pubblico non rappresenta in questo senso garanzia alcuna.

Esistono fatti nuovi sia per iniziativa di soggetti privati che di operatori pubblici: il punto è che vengano riconosciuti come tali e come esempi riproducibili, e non già come elementi *« di disturbo »* in un contesto in cui nessuno chiede conto a nessun altro di alcunché. Il problema di fondo è che di solito, qualcuno dice per fortuna, gli « *utenti* » dei servizi sociali non hanno molta possibilità di lamentarsi e la richiesta che troppo spesso viene fatta esplicitamente o implicitamente agli operatori è quella di evitare che queste persone *« disturbino »,* ma pochi si interessano di verificare se e quali risposte vengono date. Si tratta di decidere se si vuole stare o meno a questo gioco, e se non sia il caso forse di abbandonare una volta per tutte il termine « *utente »,* che serve ad identificare un soggetto a priori quale passivo destinatario di prestazioni che altri benevolmente erogano, per adottare, per esempio, il termine *« committente »,* inteso come colui che chiama in gioco tutte le responsabilità del suo interlocutore.

Carlo Ballerio
Vicesegretario generale dell Ospedale
Multinazionale di Varese
Dirigente del
Servizio Socioassistenziale U.S.S.L.
3 di Varese.

Giacomo B. Contri

IDOLI
L'eccesso di umanità

Una storia edificante che ho sentito narrare nell'infanzia mi ha fatto, fortunatamente, orrore. Oggi, meno emotivamente, mi resta come istruttiva a rovescio: non c'è da farsene istruire, è assai poco edificante. Protagonisti: uno handicappato non meglio definito quanto a diagnosi ed età, comunque sentito come repellente; una suora: la storia, raccontata per testimoniarne la dedizione eroica, pare invece fatta apposta per infamarla e, con essa, l'ispirazione supposta guidarne la condotta. Sembra l'apologo di una propaganda ideologica d'altri tempi. Vi si narra come giorno dopo giorno, per ore e ore, la suora tenesse sulle ginocchia questo essere in sembianza di protoplasma umano, lasciando che "esso", sorta di "cosa" immemore della scintilla divina in lui, mimasse in continuazione, con un oggetto di legno maneggiato come un rasoio da barbiere, l'atto del farle la barba. Il mio sentimento si è sempre rifiutato di trovare nel racconto alcunché di ridicolo, e nemmeno di grottesco: ho detto orrore, piuttosto. Poiché non c'è nulla dell'informità protoplasmatica nella psiche di un tale soggetto, il cui atto, benché idiota nella sua ripetizione, produce simbolicamente una scena assai complessa, trattandosi dell'atto del maschile radere un viso femminile: dunque idiozia non radicale, intelletto presente e operante, con un'improntitudine di segno indubbiamente patologico, sì, ma che fa almeno sospettare un'intenzionalità, insieme alle precise fattezze dell'atto simbolizzato, non precisamente ben intenzionata.

Ciò dal lato dell'"handicappato". Dal lato della suora, non si può certo dire, a dir poco anzi pochissimo, che la storia le renda onore, né nella sua intelligenza né nella sua carità (posto che "carità", secondo me, è un concetto di efficacia, e anche di intelligenza). Infatti, quale "servizio" rendeva la suddetta, nel suo fare consistente nel

lasciar fare fare e ancora fare sempre la stessa cosa? Il peggiore: quello di fissare ancora di più il soggetto nella sua ripetizione simbolica cioè nella sua patologia. Se fosse una storia vera, e i due protagonisti ancora in vita, potremmo immaginarli ancora lì a fare lo stesso, aspettando Godot, nello stupido regno di uno stupido gnostico Dio handicappato. Quale uso di sé offriva alla sua "utenza", se non quello di supporto di una *escalation* sadica della patologia del soggetto? E quanto a lei, quale crescita poteva avere - così fissata, anche lei, in un errore senza neppure la luce di una questione - non dico la sua professionalità come ancora non si diceva all'epoca, ma la sua umanità, la sua vocazione, la sua competenza di soggetto?

Questa storia non è istruttiva, se non negativamente. Questo libro di Maria Antonietta Aliverti è istruttivo, positivamente. Ho udito l'autrice definirlo uno strumento di lavoro: lo è.

Lo è per cogliere con precisione una distinzione, là dove invece si fa di tutto per oscurarla: la distinzione di ciò che tra breve chiamerò l'*eccesso di umanità* di questi soggetti, ossia la loro malattia psichica, dal suo *angolo di incidenza,* ossia lo handicap propriamente detto, che della malattia non è causa, né condizione, né premessa logica, ma occasione equivoca.

Non lasciamoci sfuggire la scelta della parola *handicap* che, nel più lieve dei casi, è una scelta da umorismo nero. Infatti, il suo significato originario e attuale è preso dal lessico sportivo, in cui designa uno svantaggio sì, ma quello assegnato, in una competizione, a quello che è ritenuto superiore! Un dizionario etimologico, il Cortelazzo-Zolli, non manca di sottolineare l'"orrore" della scelta. Allargo quest'ultima osservazione ad almeno parte del lessico assistenziale più recente: per esempio "utenza"! Consiglio a chi non sia reso almeno perplesso da questa parola, di dare alla propria vita un momento di meditazione: c'è pericolo per lui.

Infatti, prima di permettere a qualcuno di essere "utente" di noi, del nostro corpo, delle nostre parole, dei nostri pensieri, delle nostre azioni anche professionali, è salubre pensarci più di due volte (tenuto anche conto che si è persino pagati male, in questa professione, non a caso: per non incoraggiare a pensare bene).

Sadismo e masochismo vanno molto lontano, in questo caso si sono insinuati nel lessico psicologico e assistenziale.

Avvenuta quella scelta lessicale, *handicap*, addentriamoci nel suo film dell'orrore, che è una storia di idoli. Che, ricordiamolo, un tempo avevano figura di animali. Individuando nello handicap l'essenziale della malattia di questi soggetti, non distinguendone precisamente la malattia psichica, la nostra cultura psicologica e assistenziale li caratterizza per uno handicap di umanità, un meno di umanità, un più di animalità, come se esistesse in essi una regressione all'animale, o un insufficiente passaggio all'uomo. Il passaggio all'idolo è particolarmente vistoso in certi casi in cui il "tecnico", psicologo o medico, commette il vero delitto di emettere diagnosi precocissime di handicap, fisico o psichico, spesso dubbie, riconsegnando così ai genitori, dopo essersene professionisticamente appropriato, un essere ontologicamente mutato, da figlio a handicappato: cui dedicare sacrificalmente vita, salute, beni, pensieri, insomma da adoperare. Pensieri, soprattutto, troppi, nel pregiudizio cieco che nel o per il loro handicap questi soggetti pensino meno, poco, siano meno umani. Ma no, pensano, e troppo, in eccesso, in continuazione, non fanno altro: cerebrolesi, Dawn, spastici, motulesi, congeniti, afasici, deficitari diversi, insufficienti mentali, traumatizzati, caratteropatici, e tutte le sindromi di Marfan e Cockaine del mondo, o da X fragile, e ancora ancora in tutta questa immensa corte dei miracoli. Ecco la grave negazione cui questi soggetti sono soggetti: negazione del fatto che nel pensiero questi malati sono troppo, non meno umani. Pensano male, certo, ma nel senso per esempio che pensano male di te che li pensi tanto male. Nel pensar male siete uguali (notiamo anche la sfumatura morale dell'espressione corrente "pensar male").

Pensano, e in particolare pensano in continuazione - hanno tragicamente sempre più tempo per fare questo, per non fare che questo - il loro handicap. Prendiamo dunque "handicap" alla lettera ma poco sportivamente: uno svantaggio reale rispetto agli altri umani - psichico o fisico che sia lo handicap diagnosticato in partenza - , che ogni giorno, settimana, mese, si accresce rispetto ai simili. Gli handicappati osservano dunque quotidianamente l'accrescersi, in progressione forse più che aritmetica, della disparità, della condizione sfavorita. Pretendiamo noi che essi siano, così, naturalmente, spontaneamente, altrettanti Giobbe?, oh natura psicologica con il cromosoma della Grazia! Chi non sarebbe almeno tentato, in tanta

sfortuna, di odiare tutto e tutti? Credete forse, con un'ingenuità molto sospetta, che un mongoloide non odi? E tanto più quanto più l'idolatria della sofferenza in cui sono fissati e disconosciuti - non esito a parlare di disconoscimento di paternità - viene passata per amore. Poiché al contrario il primo atto d'amore verso questi soggetti ha questa formula: "Tu pensi". Non è peregrina né filosofica la citazione, qui, dell'"Io penso" di Cartesio riferito al genitore, allo psicologo, al riabilitatore, al neuropsichiatra nei confronti dell'handicappato: "Io penso la tua realtà che non pensa". Invece l'atto d'amore e di conoscenza insieme è: "So che tu pensi".

Pensi il tuo corpo, la tua condizione, la tua relazione, e sulla strada su cui attualmente sei, pensi sempre più in peggio tutto questo, tutto quanto; e sei tanto più stimolato in questo senso quanto più io scambio il tuo eventuale sorriso semiidiota come una timida espressione di riconoscenza nei miei confronti; così facendo ti ho disconosciuto ancora una volta, e questo è il solo delitto per il quale non c'è perdono. Che significa "Tu pensi"?, se non il riconoscimento che sei un essere morale: non in astratto - per esempio perché sta scritto nella Carta dei diritti dei bambini handicappati - , ma perché riconoscono che, secondo l'angolo di incidenza che il tuo particolare handicap ti impone, stai seguendo una legge morale, o immorale. Tutto il nostro primo errore sta nel disumanizzare questi soggetti - ma è lo stesso errore con mille altri - , non riconoscendo l'umanità del loro eccesso di umanità, in cui consiste la malattia, del tutto distinta dallo handicap.

Ogni malato psichico, specialmente uno psicotico, è un demoralizzato che viene de-moralizzato, di solito per motivi umanitari tanto... morali.

Per terminare, aggiungerò a queste riflessioni abbreviate alcuni punti che, insieme a quelle, sono frutto di numerosi incontri con operatori nel campo dello handicap, in particolare come incontri di supervisione di gruppo all'"Anaconda" di Varese. [1] Tutte queste idee ho già comunicato, nelle suddette occasioni, agli interessati, in ordine sparso: in queste pagine non faccio che raccoglierle.

1. *Malattia psichica/handicap*

Questi soggetti detti "handicappati" - nella misura in cui fanno oggetto (!) di una domanda stabile, non episodica o a contenuto puramente materiale, a servizi pubblici o privati da parte delle famiglie come " utenti " dei servizi cosiddetti - sono dei malati psichici.
Ho già accennato alla precisa e decisiva distinzione che bisogna compiere tra patologia psichica e handicap: è questa la diagnosi differenziale di cui si tratta anzitutto, prima di quella tra handicap diversi.

Dire "malattia psichica" è dire identica a quella di tutti gli altri soggetti senza handicap. Gli handicappati sono nevrotici, psicotici, perversi *come* ogni altro. L'eccesso di umanità di questi malati non è loro particolare, non ne fa una categoria umana e sociale a sé. Il loro eccesso di umanità - è la mia definizione di psicopatologia - *è lo stesso* di te, me, lei, lui. Non lo sappiamo o vogliamo riconoscere in loro perché non lo sappiamo o vogliamo riconoscere in noi. "Umano troppo umano", secondo l'espressione di quel filosofo. Nella malattia psichica noi non regrediamo all'animale - neppure volendolo: non ne abbiamo la possibilità, nella malattia psichica noi abbiamo solo la possibilità di progredire regressivamente in umanità, ciò che chiamo eccesso di umanità - , ma ci avventuriamo, ben avventuristicamente bisogna ammettere, nelle peggiori *soluzioni* che la qualità detta "umanità" ammette tra quelle delle sue possibilità che sono le più drammatiche e infelici.
Una dubbia scusante per la nostra ignoranza ci è offerta dall'*estetica* delle patologie psichiche innestate su uno handicap: spesso, lo vediamo bene con i nostri occhi, è un'estetica del disgusto, dello sgradevole, del dissonante, del repellente, del livello minimo, dell'idiozia espressiva, che scambiamo tanto volentieri come un "dato" di deficit anziché costatarne il primo visibile dato, quello estetico appunto ("estetico" significa sensibile, visibile, udibile, a volte olfattibile: è fin troppo noto che certi handicappati ci ostentano odori non proprio ispirati da Chanel). Questa massiccia realtà estetica ci offre il pretesto della comoda scorciatoia della presunta bestialità di questi malati. Ma come può non venire almeno in mente che tutto questo stridore è la precisa cultura di questi malati? Non abbiamo mai sentito parlare del vandalismo? E non hanno questi handicappati, e

proprio per il loro handicap socialmente crescente, tutte le ragioni per quanto discutibili dei "vandali"? "Emarginati", ecco come si riempiono la bocca gli psicosociologi di professione e d'occasione: disconosciuti, prima che emarginati. Ragioni, sì, ragioni di pensiero, per quanto patologico cioè eccessivo esso sia ("penso troppo", "penso sempre", "sono obbligato a pensare in continuazione", riconosce ognuno di noi quando si trova nel disturbo psichico). Come non pensare almeno per un momento che tutta questa estetica della miseria è uno sbarramento, una polemica, una guerra? Se vogliamo avere un po' di sapere psicologico, impariamo almeno qualcosa da Vietor Hugo, "*I miserabili*", "*Notre dame de Paris*" con la sua corte dei miracoli: una corte da cui noi più "normali" ci distinguiamo solo quanto allo handicap, non quanto alla malattia (ma poi neanche quanto allo handicap, infatti ogni malattia psichica, è produttiva di handicap: "stupidità nevrotica", la nostra, è un'espressione abbastanza in uso). Non vedo alcuna possibilità che qualcuno possa fregiarsi di "psicologo" se ciò non significa un sapere sull'odio: la "Psicologia" dominante predica l'ignoranza, allorché sostituisce quella brava "aggressività" all'odio. Rifiuto la dignità di "Psicologia" a ogni psicologia che includa tra i suoi "concetti" quello di aggressività. Anche per questo dico sempre che, se vogliamo una Psicologia, questa deve rinascere radicalmente (ecco perché uno "Studium Psicologia" da animare *ex novo).* Non vedo inoltre come possa un essere umano maturo osare spendere ancora la parola "amore" finché non sa distinguere questo dall'odio nelle mille forme di quest'ultimo, "animalesche", sorridenti, suadenti, indifferenti, perbene, magari brandenti per una vita intera la spada glaciale della parola "diritto". Non si tratta di studiare i "rapporti" tra psicologia e diritto: il diritto è una reale Psicologia, la più antica così come la più permanente nei tempi. Non è l'unica Psicologia: per fare Psicologia bisogna dirla, e riconoscerla, al plurale, Psicologie.

2. *Psicologi*

Gli operatori del campo dello handicap *fanno* tutti, lo sappiano e vogliano o no, gli psicologi. Compiono atti psicologici (è questa la definizione di Psicologo), qual che sia il loro ruolo: riabilitatori, e-

ducatori, psicologi, fisioterapisti, inservienti, medici, psichiatri, neurologi, assistenti sociali. Non possono regredire, nonché all'animale, al non-psicologo. Lo fanno. L'*esserlo,* dipende da che lo sappiano e vogliano. Ma vale qui quanto sopra: la Psicologia di cui si tratta qui non ha, oggi, dei Corsi che la insegnino, universitari o extrauniversitari.

Negli incontri con gli operatori di questo campo, ho detto e ripetuto: vi parlo come a Psicologi per anticipazione, anche se non lo siete ancora; questo giudizio temporale "non ancora" riguarda tanto voi quanto la Psicologia di cui si dovrebbe trattare.

3. *Competenza/professione*

È sì opportuno apprendere tutto ciò che in questo campo, ai giorni nostri, passa ufficialmente sotto la parola "professione", qualsiasi cosa valga. Fatto questo - un po' come si direbbe "con la mano sinistra " - , non è con questo anzitutto che si opera realmente in questo campo. Come ho accennato sopra, persino l'argomento tanto strumentalizzato nei nostri anni, come già in passato, della professionalità necessaria e sufficiente per compiere la "diagnosi differenziale", diviene, non inutile, ma debole e subordinato, rispetto a un'altra e primaria diagnosi differenziale: quella tra handicap, lo si voglia fisico o psichico, e malattia psichica. Senza questa diagnosi, quella si trasforma nel proprio opposto, ossia in incapacità professionale con diploma, e magari iscrizione a qualche Albo.

Ora, quest'altra diagnosi differenziale, è debitrice, non dei diversi Corsi pretesi abilitanti allo scopo, ma di una competenza che va recisamente distinta dalla professione come intesa oggi. Si tratta di quella competenza per mezzo della quale un soggetto si può autorizzare a essere lo psicologo di un handicappato (così come di chiunque altro), perché e solo perché ha saputo riconoscerlo *simile a* sé nella *possibilità* della malattia psichica: cioè non quanto allo handicap, ma quanto a quelle possibilità di malattia umana e soltanto umana che usa chiamare nevrosi, perversioni, psicosi. Forse io non sono oggi, o non sono più, o sono meno, nevrotico, psicotico o perverso: ma io so qualcosa di psicologia, se so che queste patologia sono tanto nell'orizzonte delle mie tentazioni psichiche, quanto in

quello di un handicappato come di chiunque. Nell' eccesso di umanità non c'è privilegio, positivo o negativo, per nessuno.

Competenza, qui, è un sapere avente per oggetto il possibile male comune. Un "comune" in cui non c'è né gaudio né comunione alcuna: nel male, nella patologia, non c'è comunione. La comunione è sempre quella della definizione giuridica: c'è comunione solo di beni, non di mali. È ciò che l'eccesso umano di ogni malato, e in particolare quello del malato handicappato, ci fa verificare in ogni istante: come si vede nel suo rifiuto di parlarci, di accettare le nostre cure e i nostri sforzi. In ciò egli è *terribilmente* logico anzi rigoroso nel senso più *freezing* delle parole "rigore", come quello dell'inverno o dei regimi politici e penali più severi. E in ciò egli esercita una vera e propria competenza: *tiene duro* nella propria malattia. In altre pagine ho avuto occasione di parlare di una competenza psicopatologica dei soggetti di tutte le malattie psichiche. Cercare di curare è cercare di aiutare qualcuno a passare dalle ristrettezze della competenza psicopatologica alla possibilità di ricchezza della competenza psicologica, cioè normale. Questo ci fa concepire la Psicopatologia di cui sto parlando come quella fondata sulla competenza psicologica di ognuno: il che ripugna a tutta la nostra cultura, sempre più al passare dei decenni. Se proseguissi, mi spingerei a chiamare libertà una tale competenza. Come non vedere allora, a titolo di caso particolare, che curare significa far passare il soggetto da "utente" a committente?, ossia uno che domanda, di propria iniziativa e con propri mezzi, la collaborazione di un altro che chiamiamo "Psicologo".

Nella nostra civiltà è scomparsa una delle distinzioni più importanti, quella tra professione e competenza. Non si tratta di rigettare la professionalità, ma di mirare a subordinarla alla competenza.

4. *Ingenuità/innocenza*

Non appena si abbia un sapere psicologico, non si confondono più innocenza e ingenuità. Innocenza significa ciò che la parola dice: non fare danno ad altri, e non aspirarvi.

L'ingenuità è l'impreparazione al danno, anzitutto l'inganno, che viene da altri. È fiducia non critica: che non cambia di essenza, ma solo di segno, quando si trasforma in sfiducia universale.
Ciò è costante, benché variabile nell'intensità e più ancora nella decisione soggettiva, in tutte le malattie psichiche.

Sullo handicap, la cultura corrente, psicologica in particolare, è colpevolmente ingenua, appunto quando, non distinguendo lo handicap dall'eccesso che vi si innesta, lo tratta come un *minus* di umanità in cui si realizzerebbe un'universale comunione umano-animale, ecumenismo di "natura" sul concetto della quale l'equivoco si fa sempre più fitto. C'è aria di perversione in questo naturalismo psicologico.

Un'ingenuità che non ha la giustificazione che ha l'ingenuità infantile, l'acritica fiducia del bambino nell'altro purchessia. E se questo lo inganna?, il che si ritrova immancabilmente in tutte le storie psicopatologiche. Il "virus" della malattia psichica entra con il cavallo di Troia dell'ingenuità infantile. Ho scritto da qualche parte che considero l'ingenuità infantile un segno del peccato originale nella natura (come potrebbe il bambino crescere senza partire dall'ingenuità?, semplicemente perché non esiste un'altra possibilità, ecco la "natura"). Ecco perché me la sono presa con le diagnosi precoci di handicap, in particolare la diagnosi di autismo, o di certe oscure patologie cerebrali, talora immaginarie: l'inganno sta nel fatto che da allora il bambino avrà molte probabilità di essere guardato, trattato, considerato o sconsiderato come meno nell'umanità, e questo non è solo un errore scientifico ma un delitto morale, una menzogna detta o non detta (ciò la rende anche più menzogna) a chi non ha mezzi critici per difendersene. Il che si verifica anche in età giovanile. A un ragazzo molto giovane che abbia una ragazza, provi un adulto che ne ha la fiducia a esprimere apprezzamenti sfavorevoli sulla ragazza (o viceversa): in misura maggiore o minore, un alto numero di casi ne risulterà psichicamente disturbato.

Colgo questa occasione per aggiungere questo che secondo me è un altro segno del peccato originale nella natura. Esiste in natura, nella *nostra* natura, il desiderio di guarire? Dalla malattia fisica o psichica? Su questa psichica, molti sono facilmente d'accordo che tale desiderio esiste quantomeno poco: ma anche a proposito di quella fisica - sulla quale tanti giurerebbero che il desiderio di guarire è in

loro indefettibile - consiglierei la prudenza, si rischia di diventare spergiuri. Aprirei volentieri la discussione. Certo, nei malati di cui parliamo qui il desiderio di guarire o è del tutto assente o è presente solo in tracce.

All'obiezione che respingo, che io starei, da "pessimista", dipingendo tinte fosche, rispondo, oltre che con il realismo dell'osservazione clinica, con la novità di un'intenzionalità pratica nell'operazione terapeutica: questa, per essere possibile, può essere solo quella produzione di un nuovo desiderio, quello di guarire, ossia l'induzione nel soggetto di una novità soggettiva. Conosco molti - eccolo il pessimismo - per i quali una simile possibilità è impensabile. Non per me. Tralascio ora di commentare la parola "salute", che semplicemente volgarizza in italiano la parola latina *salus,* che univa in sé il moderno concetto di salute con quello antico di salvezza.

Per finire, un commento sull'"eccesso". Clinicamente parlando, la correttezza di questo concetto - la malattia psichica qual che sia come eccesso di umanità - non richiede soverchie dimostrazioni né alti gradi di specializzazione o professionalità: basta l'appello all'esperienza comune. Infatti, è un dato di osservazione comune il fatto che nell'angoscia pensiamo *troppo, parliamo troppo,* agiamo *troppo*, e non v'è contraddizione con il fatto, anch'esso di comune osservazione, che più o meno a lungo andare ci si butta dalla parte opposta, nel non parlare né agire più, fino alla catatonia schizofrenica. Circa il pensare, invece, mantengo che il *troppo* pensare permane, cosa di cui il taciturno guarito - schizofrenico o altro - dà spesso successiva testimonianza.

Ma non è ancora questo il nocciolo del troppo. "Troppo" rispetto a che?, questione indispensabile per non diventare i moderni stupidi schiavi della statistica (allusione al DSM I, II e III, *Diagnostic and Statistical Manual* dei disturbi mentali). Troppo, rispetto alla distinzione - in ordine alla felicità, o piacere, o benessere, o soddisfazione, o godimento: ognuno scelga le sue parole preferite - tra ciò che deriva da me, e ciò che non può che derivare da altri da me, diciamo dall'incontro, che è la parola più corretta che esista in proposito.

C'è troppo allorché compio il passo di troppo - passo tragico, oppio, dicevano i Greci - di pretendere di surrogare con i miei mez-

zi, arrogantemente - invece di *rogare* cioè domandare cioè fare istanza all'incontro - ciò che comunque non può che essere atteso dall'incontro.

Aggiungerei: il troppo è la differenza che passa tra il senso religioso - che non fa passi di troppo: opera senza inibizioni nell'atto e nel pensiero ponendosi nel *rogare* - e la religione, foss'anche cristiana, allorché "la religione" significa che ho surrogato con un troppo di pensiero l'incontro postulato, *rogato* senza essere un postulato, dal senso religioso.

Troppo, non significa oltre: anzi, quanto più troppo tanto più al di qua, eccesso regressivo, eccesso o tumore d'umanità. È troppo non certo per il fatto di metterci del mio, anche illimitatamente, ma per il fatto di mettercelo al posto dell'altro. In "la religione" l'umanità ha sempre ecceduto nel pensare Dio al posto del pensiero e della realtà di Dio. Ma questa considerazione non è obbligatoriamente teologale: quando in un incontro, nell'amore, si pensa l'altro anziché attenderne pensiero e realtà, quando il prendere l'iniziativa è giocare d'anticipo sull'iniziativa dell'altro, quando ci si fa altro, si è nella patologia e si fa fallire per programma l'incontro, l'amore, e in fondo anche pensiero proprio e iniziativa propria: si ripete soltanto. Nella religione di troppo, *self made*, con le solite mentite spoglie di modestia, quand'anche superortodossa nelle formule, non esito ormai a riconoscere una patologia dell'umanità, una nevrosi dell'umanità come la chiamava qualcuno: un eccesso di umanità al posto dell'accesso di.

Giacomo B. Contri
Direttore dell'Istituto
"Il Lavoro Psicoanalitico"
Fondatore dello "Studium Milanese"

Nota dell'Autore

Consentendo alla diffusione su Internet del volume *La psicosi dell'handicap* a tredici anni dalla sua prima pubblicazione, ritengo utile fare alcune precisazioni.

Innanzitutto, i dati di contesto riportati nel volume sono riferiti ad un preciso momento storico e riflettono la situazione nella quale ha avuto avvio e si è sviluppata l'esperienza de "L'Anaconda". Oggi molte cose sono cambiate. Ciò che ritengo conservi piena attualità è il modo affrontare quella che correntemente, ma impropriamente, viene chiamata "la problematica dell'handicap".

Il libro è stato scritto nel 1991, e conclude un periodo della mia ricerca e del mio operare caratterizzato, secondo la battuta, che condivido, di un amico, da un "pensare lacaniano", peraltro allora del tutto inconsapevole, comune tuttora, altrettanto inconsapevolmente, a molti altri.

Oggi, ma ormai da oltre un decennio, la mia scelta per la psicoanalisi freudiana è netta, e ritengo di poter dire che alcuni punti nodali del testo possono trovare ulteriore esplicitazione e migliore comprensione alla luce di alcune considerazioni che qui di seguito sintetizzo.

Esiste la *disabilità*, esito di un *danno* organico, rispetto alla quale la medicina offre aiuti di ogni genere, secondo i diversi casi. Esiste lo *handicap psichico*, esito di psicopatologia precoce costruita e coltivata dal soggetto, coadiuvato tuttavia, in modo non occasionale, da una cultura che rifiuta al bambino una qualsiasi competenza di pensiero. È invece ripartendo dal riconoscimento di tale competenza che si possono formulare percorsi di riabilitazione del pensare, tanto mortificato da comportare solo insoddisfazione propria e altrui. Dunque, si tratta di partire dal saper porre un precisa diagnosi differenziale fra *danno*, *disabilità* e *handicap psichico*, senza la quale si continuerà a parlare genericamente di handicap, senza alcun fondamento scientifico e, quindi, senza possibilità di trattamento efficace.

Maria Antonietta Aliverti

Maggio 2004